

2020年 サポート・カレッジ 申込書

◆参加申し込み締切：各回実施日の3日前まで（2月6日の場合は2月3日）

患者様氏名				診察券 番号	
参加 希望日	月 日（土）			参加者 人数合計	人
参加者①	氏名		続柄		電話番号
	住所				
参加者②	氏名		続柄		電話番号
	住所				
参加者③	氏名		続柄		電話番号
	住所				
参加者④	氏名		続柄		電話番号
	住所				

（料金）ご家族お1人につき ¥2000

◆質問したいこと・気になっていること（必ずご記入下さい）

◆申し込み方法（いずれかの方法でお申し込み下さい）

- ①外来受付に提出 ②FAX (03-6262-1689) ③郵送

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-6-1 大手町ビル B1F
医療法人社団 雄仁会 メディカルケア大手町
サポート・カレッジ担当