

健康管理講座申込書

《お申し込み》下記太枠内を記入し、当院外来受付もしくはFAX・郵送でお申し込みください。
また、電話・メールでも受け付けております。下記太枠内の内容が分かるようお願いします。

太枠内をご記入ください。(必須)

受付日 2017年 月 日

ふりがな						
氏名						
住所	〒 —		電話	ご自宅 携帯電話	— —	— —
受講日	ご希望の受講日を○印で囲んでください。 全日程 8/19㊁ 8/26㊁ 9/2㊁ 9/16㊁ 10/14㊁ 11/11㊁					備考欄

FAX 076-286-2372

郵送先

〒920-0293 河北郡内灘町大学1-1
金沢医科大学病院 病院管理課

電話 076-286-3511

メール

kanrika@kanazawa-med.ac.jp

申込書郵送の場合は、このラインで切り取ってください。

- ◎教材費として初回受講時に
500円を負担していただきます。
 - ◎会場は、金沢医科大学病院
病院中央棟3階 中会議室他

