

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・郵送でお申込みください。
また、電話・メールでも受付しております。下記太枠内の内容が分かるようにお願いします。

太枠内をご記入ください。(必須)

受付日 2016年 月 日

ふりがな				年齢	
氏名					歳
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。				備考欄
	全日程	8/6(±)	8/13(±)	8/27(±)	
		9/24(±)	10/8(±)	11/5(±)	11/19(±)

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
医学教育棟 6階 大会議室

