

加古川中央市民病院

第1回 がんサロン 参加申込用紙

下記、必要事項をご記入のうえ平成29年7月10日(月)までに、
各病棟・外来の受付までご持参いただくか、FAXでお送り下さい。

申込日：

ふりがな 氏名			
年齢		性別	
参加者	患者 ・ 家族 (○をつけてください)		

申込用紙提出先

◎ FAX の場合

加古川中央市民病院 がん相談支援室
FAX：079-451-8654 に送付ください

◎ 直接ご持参いただく場合

各診療科の外来受付もしくは病棟の事務員にお渡しください

お問い合わせ先：がん相談支援室 079-451-5500 (代表)

「がん相談支援室」に「がんサロン参加希望」とお電話ください