

参加申込書

◆ご記入の上 申し込み下さい

・ 申込者氏名 _____ 様

・ 生年月日 _____ 昭和 / 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

・ 希望期間 _____ 月 第3 (土曜日～次週 土曜日迄の8日間)

・ 住 所 _____

・ 連絡先 _____ TEL _____ FAX _____

・ 食品アレルギー _____ (有) _____ (無)

・ 主治医 _____ (先生名) : _____ 先生

可能であれば採血データー 健康診断結果等 ご持参下さい
ファックスでのご予約も可能です 折り返し可否のご連絡を致します

花巻市石鳥谷医療センター
健康サポート室

担当：小笠原・小野寄

TEL 0198-45-3111

FAX 0198-45-3113