

(別紙)

平成 29 年度 肝炎医療相談・交流会

参加申込書

開催日：平成 29 年 9 月 30 日 (土) 9:30～12:00

- ◆ 御連絡先、出席される方のお名前と患者様との続柄を御記入ください。

ご連絡先(電話)

出席者氏名	患者様との続柄 (本人・夫・妻 等)

- ◆ 専門医や伊豆肝友会に相談したい内容を御記入ください。

※限られた時間ですので、あらかじめ記載いただけますと幸いです。

申込期限：9月 15 日 (金) まで

【送付先】 FAX 0558-24-2169 (送信票は不要です)

【連絡先】 TEL 0558-24-2052

住所 〒415-0016 下田市中 531-1

賀茂健康福祉センター(賀茂保健所)地域医療課 担当：古藤田