

オスラー病患者会参加申込書

申込日 2016年 ____ 月 ____ 日

FAX 050-3737-5059 MAIL info@hht.jpn.com

フリガナ			
氏 名			
該当に○印	会員・非会員	患者本人	患者家族 医療関係 その他
参加人数	名 (患者 ____ 名 : 家族 ____ 名 : その他 ____ 名)		
住 所	〒 _____		
連絡の可否	可 : 否		
	<u>可の場合の連絡方法</u> メール FAX 携帯電話 自宅電話		
電話番号自宅	()	携帯	()
F A X	()		
メール①	@		
メール②	@		
<u>質問事項・ご要望・連絡事項など</u>			