

オスラー病患者会参加申込書

申込日 _____年____月____日

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

フリガナ			
氏 名			
該当に○印	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 可の場合の連絡方法 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	@		
弁当予約	・不要 ・必要 ___個		
質問事項・ご要望・連絡事項など			