

F A X 申 込 書

神戸市立医療センター中央市民病院 耳の日講演会

お名前 (代表者)		ふりがな	
参加人数 (代表者含む)	名 ※代表者を含めた参加人数をご記入下さい。一度に4名様までお申込み可能です。		
電話番号			
申込受付票送付先	※申込受付票を送付させていただきます。ご希望の送付先をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> FAXでの送付を希望 FAX番号：() - <input type="checkbox"/> 郵送での送付を希望 〒 - ご住所		
お住まいについて	<input type="checkbox"/> 神戸市東灘区 <input type="checkbox"/> 神戸市灘区 <input type="checkbox"/> 神戸市中央区 <input type="checkbox"/> 神戸市兵庫区 <input type="checkbox"/> 神戸市北区 <input type="checkbox"/> 神戸市長田区 <input type="checkbox"/> 神戸市須磨区 <input type="checkbox"/> 神戸市垂水区 <input type="checkbox"/> 神戸市西区 <input type="checkbox"/> 神戸市外		
メールアドレス	※今後、当院から市民向け講座の開催案内をご希望される方はご記入ください。		

※ご記入いただいた個人情報については、個人情報の法律に従い適正に取り扱います。

申込書送付先 FAX : 078-302-4424

神戸市立医療センター中央市民病院 患者総合支援センター