ＦＡＸ申込書

神戸市立医療センター中央市民病院　市民公開講座

『ストップ！脳卒中』～食生活×脳神経外科の最前線で守るあなたの未来～

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。 □FAX での送付を希望　FAX 番号：（　　）　　－ □郵送での送付を希望 〒　　－ ご住所		
お住まいについて	□神戸市東灘区　□神戸市灘区　□神戸市中央区　□神戸市兵庫区 □神戸市北区　□神戸市長田区　□神戸市須磨区　□神戸市垂水区 □神戸市西区　□神戸市外		
この講座をどこでお知りになりましたか？ **※あてはまるものを全て選んでください。**	□チラシ 場所：□中央市民病院　□中央市民病院以外の病院 □市役所など　□その他（　　） □友人・知人からの紹介 □中央市民病院からの開催案内メール □その他（　　）		
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