

2016年9月17日(土)

ご当地カフェ in 松本

参加申込書

FAX:0263-37-2854

下記項目にご記入の上、FAXにてご送付ください。

参加者数を把握するために事前申込をお願いしております。  
受講者証は発行しませんので、直接会場までお越しください。

参加者氏名・ふりがな	性別	年齢	あてはまるものに○をつけてください
_____	男・女	歳	(がん体験者・がん体験者の家族・医療従事者・その他)
_____	男・女	歳	(がん体験者・がん体験者の家族・医療従事者・その他)
_____	男・女	歳	(がん体験者・がん体験者の家族・医療従事者・その他)
_____	男・女	歳	(がん体験者・がん体験者の家族・医療従事者・その他)

※ ご記入いただいた内容はカフェタイムでのグループ分けの参考に使用させていただきます。  
(本イベント終了次第破棄させていただきます。)

電話番号(連絡先): \_\_\_\_\_

所属施設・団体名等: \_\_\_\_\_

[申込先] 信州大学医学部附属病院 医療支援課 医療連携係  
〒390-8621 松本市旭3-1-1  
TEL:0263-37-3391

[申込締切] 平成28年9月7日(水)