

2025 年 9 月 18 日 (木) 第 3 回ちぶね健康セミナー

< F A X 返信用紙 >

※右記の QR コードからもお申込みできます



千船病院 地域医療科 行
FAX 番号 : 06 - 6474 - 0161

申込期限 : 2025 年 9 月 16 日 (火)

- ① お 名 前 : _____
(ふりがな) _____
ご 住 所 : _____
お電話番号 : _____
メールアドレス : _____
- ② お 名 前 : _____
(ふりがな) _____
ご 住 所 : _____
お電話番号 : _____
メールアドレス : _____
- ③ お 名 前 : _____
(ふりがな) _____
ご 住 所 : _____
お電話番号 : _____
メールアドレス : _____

* 参加を希望される方のお名前・ご住所・お電話番号をすべてご記入下さい。