

2025 年 10 月 23 日 (木) 第 4 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 10 月 21 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。