

2014/4/20 大阪オープンセミナー・懇親会「参加申込書」申込締切日 4/11(金)

お申込み先：〒113-0033 東京都文京区本郷 2-4-14 欄キタ・メディア オープンセミナー事務局  
 FAX(03-3814-1448)でお申し込みいただくか、返信用封筒にて申し込みしてください。  
 準備の都合上、早めの申込みをお願いします。

■参加申込み ※12歳以下のお子様は必ず年齢のご記入をお願いします。

オープンセミナー		ご出席 ・ ご欠席			
参加申込人数		大人【 】名+子供(12歳以下)【 】名=計【 】名			
1	いずれかに○	フリガナ	4	いずれかに○	フリガナ
	患者・家族 医療関係者 その他	( )歳		患者・家族 医療関係者 その他	( )歳
2	いずれかに○	フリガナ	5	いずれかに○	フリガナ
	患者・家族 医療関係者 その他	( )歳		患者・家族 医療関係者 その他	( )歳
3	いずれかに○	フリガナ	6	いずれかに○	フリガナ
	患者・家族 医療関係者 その他	( )歳		患者・家族 医療関係者 その他	( )歳
住所 電話番号	〒 電話番号 ( )				
担当病院名			主治医名		

◆車椅子利用者の方は事前にお知らせ下さい。「氏名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ 」

◆懇親会・参加者名 ⇒会費御1人1,000円とさせていただきます。

「氏名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ 」

「氏名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ 」

◆多くの質問等がありましたら、用紙を増やして頂きお書き下さいますようお願いいたします。

□下記に専門の先生方への質問、平素悩んでいること(病気、生活上、制度等)何でも結構です。又患者会への質問などお願いします。(先生方への質問に付いては当日セミナーでお答えして頂く予定です。)