

平成31年3月9日(土) **関節リウマチの新しい治療**

FAX 申込み書



FAX

043-264-3128

千葉東病院内 千葉リウマチ市民公開講座事務局 行

ご住所	〒	都道府県	市郡区
ふりがな			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お名前			
FAX番号			年齢
参加人数	車イスの方がおられる場合はその旨ご記入ください 名		
先生に質問したいことがある場合はご記入ください			

申込方法

上記枠内に郵便番号、住所、氏名、性別(✓印をつけてください)、FAX番号、年齢、参加人数、また先生への質問がある場合はそちらもご記入のうえ、お申込みください。

※お申込みされた方は当日受付にてお名前をご確認させていただきます。

※お客様の個人情報は、個人情報保護法及び当社の個人情報取り扱い方針に基づき厳重に管理し、適正に取り扱います。

問い合わせ先：千葉東病院内 千葉リウマチ市民公開講座事務局(松村)

TEL 043-261-5171 平日9:30~17:30

