

★参加申込書★

お名前 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

希望回に✓してください ①13:00～ ②15:00～

※いずれの回も同様の内容です。

★申込書提出先★

2階 ⑤患者家族支援センターに設置のポストへ投函してください。