

アロママッサージ参加申込用紙

日時：平成29年7月12日（水）

■希望時間に○を記入してください。

	14:00~15:00
	15:00~16:00
	どちらでもよい

※1階 総合医療相談窓口にご持参いただくか、事務局まで郵送でお申し込みください。

※応募多数の場合は、参加人数を限らせていただきます。

※応募状況により、担当より電話で時間変更をお願いする場合があります。

※参加可否につきましては、後日、申込住所に郵送でご案内いたします。

案内が届かない場合は、事務局までお問い合わせください。

診察券の登録番号	
ふりがな	
名前	
住所	〒 _____
連絡先・電話番号	_____
主治医	
心配なこと	

【事務局（郵送先）】

〒534-0021 大阪市都島区都島本通2丁目13番22号
大阪市立総合医療センター 医事課（1階） 鈴木

※ご提供いただいた個人情報は、がん患者サポートクラブ以外の目的に使用いたしません。

主催 緩和ケアセンター／がん相談支援センター／プレストセンター