

FAX番号 086-422-5219

「わが街健康プロジェクト。」

2019年2月1日(金) 参加申込書

ふりがな	
氏名（参加者）	
生年月日（年齢） 明・大・昭・平 年 月 日（ ）歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住 所 〒 -	
電話番号（ ） -	

ふりがな	
氏名（参加者）	
生年月日（年齢） 明・大・昭・平 年 月 日（ ）歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住 所 〒 -	
電話番号（ ） -	

ふりがな	
氏名（参加者）	
生年月日（年齢） 明・大・昭・平 年 月 日（ ）歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住 所 〒 -	
電話番号（ ） -	

※個人情報、主催者が責任をもって管理及び取扱いいたします。講演会のご案内等、郵送させていただく場合があります。

お申込み締切 2019年1月25日(金)

●郵送でお申込みされる方へ

この申込書にご記入の上、下記までご郵送ください。

〒710-8602

岡山県倉敷市美和 1-1-1

倉敷中央病院 地域医療連携室 内

「わが街健康プロジェクト。」事務局

キャンセルされる場合は、
お手数ですが、こちらまで
お電話ください。

●電話でお申込みされる方へ

電話 **086-422-5218** へお電話ください。

受付時間：月～金曜日 11:00～16:00 土曜日 9:00～12:00

※申込書にご記入いただく内容をお尋ねしますので、あらかじめご了承ください。

お申込み多数となりましたら、お受けできない場合があります。お早めのお申込みをお願いいたします。