

鷹の子病院 糖尿病教室申し込み書 (FAX 用)

平成 年 月 日

ふりがな：

患者氏名：

年齢： 歳

性別： 男性 ・ 女性

住所：

電話番号： — —

参加ご希望の家族氏名：

第1回糖尿病教室 希望日 (/) (水曜日)

第2回糖尿病教室 希望日 (/) (水曜日)

医療機関名：

医師名：

電話番号： — —

FAX 番号： — —

聖光会 鷹の子病院 糖尿病センター (藤井靖久)
Tel(089-976-5551)、FAX(089-976-5572)
平日 9:00~17:00、土曜日 9:00~12:00
担当者：宮脇由紀美、泊里和美

