

意見交換会「第2回 わさだメディかたる」 応募用紙

ご参加を希望される方は、以下の内容を全てご記入いただき、上記FAXにてお申し込みか、下記提出先のスタッフへお渡しください。

頂いた個人情報につきましては、今回の意見交換会参加者選定以外での使用は致しません。

提出先：大分三愛メディカルセンター 受付(医事課)、地域連携センター(お客さま相談室)、総務(事務室)

フリガナ			
氏名			
フリガナ			
住所	〒 -		
電話番号 <small>※連絡を取りやすい番号をご記入下さい</small>	- -		
生年月日・年齢	S・H 年 月 日 (歳)		
性別	男 女	職業	
右記2日間 全ての日 に、ご参加することは可能ですか？	2018年11月10日(土) 14:00~16:00 2018年12月 1日(土) 14:00~17:00		はい いいえ
会場(大分市植田周辺)までの移動手段	徒歩 自家用車 バス 電車 その他()		
かかりつけの病院はございますか？	<input type="checkbox"/> (病院・クリニック) <input type="checkbox"/> 特になし		
医療について感じていることや、今回の意見交換会でテーマに挙げたいことを、ご自由に出来るだけ詳しくお書きください。 (病気の内容や、治療法について話す会ではございません。)			

ご参加につきましては、厳正なる抽選の上、ご参加をお願いする方のみに、**10月31日(水)**までにお電話を致します。ご参加いただける方には、交通費含め、1日ごと5,000円をお支払いします。