

## 意見交換会「第3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)**

|  |  |    |        |
|--|--|----|--------|
| フリガナ   |  |    |        |
| 氏名   |  |    |        |
| フリガナ   |  |    |        |
| 住所   | 〒 -  |    |        |
| 電話番号<br><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 <b>全ての日</b> に、ご参加することは可能ですか？   | 2019年11月16日(土) 14:00~16:00<br>2019年11月30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 )<br><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。<br><br>(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(木)**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。