

送信日(お申し込み日)： 年 月 日

ご参加お申し込み用紙

参加ご希望の方は、下記のFAX申込用紙またはE-mailで必要事項を記入の上、お申し込みください。

必要事項：①当院の診察券登録番号 ②氏名(フリガナ) ③住所 ④生年月日
⑤TEL番号 ⑥e-mailアドレス ⑦同伴者(1名まで可)の有無
※個人情報、ご本人の同意なしに第三者に開示、提供することはありません。

締切：2016年5月17日(火)必着 定員：120名(先着)
※定員になり次第、申し込みを締め切らせていただきます。



FAXでのお申し込み

この用紙(コピー可)でお申込みできますので下記事項を記入してFAXにて送信ください。
FAX：03-3570-0245



E-mailでのお申し込み

下記メールアドレスに上記必要事項をメールしてください。
E-mail：nsaiken0520@jfc.or.jp

※お申込みいただいた方には、FAXまたはE-mailで”整理番号”をお知らせしますので
当日受付時に番号と氏名をお知らせください。

駐車場(有料)の台数には限りがございますので、お越しの際は公共交通機関をご利用ください。

<FAXお申し込み用紙>

FAX：03-3570-0245

2016年5月20日(金) 14:00～16:30(13:30開場)
がん研究会 1階 吉田富三記念講堂 乳房再建研修会

診察券登録番号：	—	同伴者(1名)	有 ・ 無
フリガナ			生年月日
お名前			昭和 平成 年 月 日
ご住所	〒 —		
TEL	— —	FAX	— —
E-mail	@		

※FAX・E-mailが無い方は電話番号だけでも結構です。

お問合せ先

公財) がん研有明病院 医事課「乳房再建研修会」係 担当：川口、安間、水上
TEL：03-3570-0244(受付時間：平日10時～16時)(12時～13時除く)
※お電話でのお申し込みは受け付けておりませんのでご了承ください。