

仲秋ウォークラリー参加申込書

(※切9/30)

下記の必要事項に☑ご記入お願い致します。

◆^{ふりがな}氏名 _____ 男性 女性 年齢 _____ 歳

◆住所 (〒 _____)

◆自宅電話番号 (_____) _____

◆携帯電話番号 (当日、緊急連絡用として) (_____) _____

◆ご希望の集合場所 公立那賀病院 JR名手駅 名手病院

◆会員ですか？非会員ですか？

会員 (糖尿病友の会 会名称 _____)

└─▶ 同伴者 あり ^{ふりがな}氏名 _____

└─▶ 昼食 いる いない

非会員

◆指示されている食事量
糖尿病食 (_____) 単位 または (_____) kcal または (_____)

◆現在の受診施設
 _____ その他 (_____)

申込み先：〒649-6414 紀の川市 打田 1282 公立那賀病院 医療連携室へ郵送
または、FAX 0736 - 78 - 3373