

## 2017年 サポート・カレッジ 申込書

◆参加申し込み締切:各回実施日の3日前まで(3月11日の場合は3月8日)

患者様氏名				診察券 番号	
参加 希望日	月                      日 (土)			参加者 人数合計	人
参加者①	氏名		続柄		電話番号
	住所				
参加者②	氏名		続柄		電話番号
	住所				
参加者③	氏名		続柄		電話番号
	住所				
参加者④	氏名		続柄		電話番号
	住所				

(料金)ご家族お1人につき¥2000

◆質問したいこと・気になっていること(必ずご記入下さい)

◆申し込み方法(いずれかの方法でお申込み下さい)

- ①外来診療フロア受付に提出    ②FAX (03-5510-3899)    ③郵送

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-16-16 MGビル 3階  
医療法人社団雄仁会メディカルケア虎ノ門  
サポート・カレッジ担当