

FAX 0562-83-3162

下記記述の上、FAXまたは郵送でお申し込みください。QRコードからもお申込みいただけます。

お問い合わせ・お申し込み先

郵送先 医療法人寿康会 大府病院 (担当:精神保健福祉士 榊原)
〒470-2101 愛知県知多郡東浦町大字森岡字上源吾1
TEL 0562-83-3161 (受付時間 平日9:00~17:00)



WEB <http://www.oobu-hp.or.jp>

参加申込書

(必須)

ふりがな
氏名

(必須)

〒 _____
住所
(所属先)

(必須)

連絡先 TEL ()
MAIL @

性別 男 ・ 女 年齢 () 歳

■ 同伴者()名

ふりがな
氏名 性別 男・女 年齢 ()

ふりがな
氏名 性別 男・女 年齢 ()

ふりがな
氏名 性別 男・女 年齢 ()