

※先着80名となります。

※ご参加いただける方には2/9（木）までにこちらから電話にてご連絡いたします。

連絡の無い場合（連絡がつかない場合も含む）はご参加いただけませんので、

予めご理解いただきますようお願い致します。

大阪市立大学医学部附属病院 肝臓病教室

申込書（申込締め切り日：平成29年2月9日正午）

申込先 F A X 06-6636-3539

患者支援課 担当：小畑、長広宛

お名前	(セイ)	(メイ)	電話番号	
	(姓)	(名)		
肝炎検査	<input type="checkbox"/> 希望する（今までに受けたことが無い18歳以上の方に限る） ※未成年の方は、親の同意が必要です。		<input type="checkbox"/> 希望しない	
ご住所	(肝炎検査を希望する方のみご記入ください) 〒			
お名前	(セイ)	(メイ)	電話番号	
	(姓)	(名)		
肝炎検査	<input type="checkbox"/> 希望する（今までに受けたことが無い18歳以上の方に限る） ※未成年の方は、親の同意が必要です。		<input type="checkbox"/> 希望しない	
ご住所	(肝炎検査を希望する方のみご記入ください) 〒			

「河田教授とおしゃべりしよう！！」への質問記入欄

参加申込のためにご記入いただいた個人情報は、当会の運営管理にのみ利用し、他の目的での使用や第三者への提供はいたしません。

お問合せ先：患者支援課（担当：小畑、長広）

電話：06-6645-2857（月～金 9時～17時、土日祝除く）