

乳がん講座申込書

事業所名	
担当者名	ふりがな <input type="checkbox"/> 労働者 <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
住 所	
T E L	
F A X	
E-mail	
希望日	① 年 月 日 曜日 時 分 開始 ② 年 月 日 曜日 時 分 開始 ③ 年 月 日 曜日 時 分 開始

- ◆日時については診療等の都合もあるためご相談させて頂く場合もございます。
- ◆会場をご用意ください。参加者と講師が入る程度でかまいません。
- ◆講師のほか、病院や市役所関係者が帯同する場合もございます。
- ◆記録のため会場の様子を撮影いたします。（個人情報に配慮いたします。）

お申込み・お問合せ

砂川市立病院 がん相談支援センター

〒073-0196 砂川市西4条北3丁目1番1号

電話 0125-54-2131 FAX 0125-54-2156