

がんサーフィ트니스申込書（令和8年11月16日開催）

お名前	フリガナ
生年月日	S・H 年 月 日生
診察券の番号	ID:
主治医の名前	科 医師
連絡先	TEL

No. HP-_____

がんサーフィ트니스参加証

様

開催日：令和8年11月16日(月) 10:00～12:00

場 所：名古屋医療センター 外来管理診療棟 5 階『 講堂 』

- ★当日の持ち物：①運動に適した運動着・靴（着替えの場所は用意いたします。）
②タオル・飲み物
③レクリエーション保険料(100円程度)
④がんサーフィ트니스参加証

連絡先：名古屋医療センター

医療相談室・がん相談支援センター・緩和ケアセンター（平日 8:30～17:00）
TEL 052-951-1111(代表)

※当日のご連絡は8:30以降に医療相談室までお願いいたします。

※当日は、この参加証を必ずお持ちください。