

## がんサーフィットネス申込書（令和6年11月30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

## がんサーフィットネス参加証

様

開催日: 令和6年11月30日(土) 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がんサーフィットネス参加証

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 瀬口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。