

がんサーフィットネス申込書（令和5年11月25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5年11月25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』

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。