

お申込み用紙（高野病院 認定栄養ケア・ステーション宛）

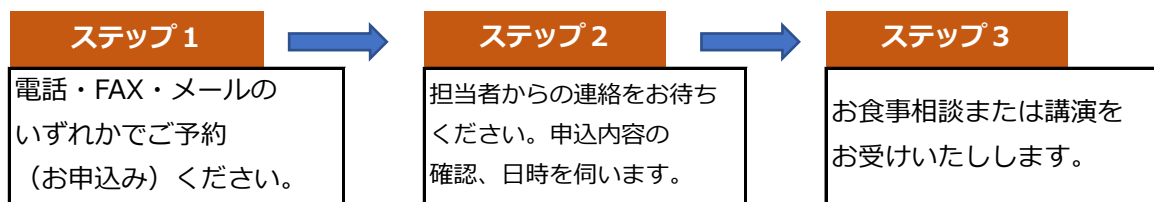
※ 該当する項目の□にレ点を付けてください。

FAX: 096-206-7555

ご希望日	令和 年 月 日 ()
フリガナ お名前	<input type="checkbox"/> 男性 年齢 <input type="checkbox"/> 女性 () 歳
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
ご住所	〒 (-)
ご連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 (-) <input type="checkbox"/> 携帯 (-)
お食事相談内容	
ご相談場所	<input type="checkbox"/> 高野病院 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()
講演内容	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防のための食生活 <input type="checkbox"/> 高齢者の健康管理と食生活 <input type="checkbox"/> 腸活！お腹にいいこと始めよう <input type="checkbox"/> その他 ()
講演場所	

ご記入頂いた個人情報につきましては、個人情報保護法の方針に従い管理いたします。

お申込み方法



ご不明な点がございましたらお気軽にお問合せください！

電話：096-206-3330 (平日9時~16時) 大腸肛門病センター高野病院
メール：sien@takano-hospital.jp 患者支援センター 担当：豊田