

意見交換会「第1回 わさだメディカタル」 応募用紙

ご参加を希望される方は、以下の内容を全てご記入いただき、大分三愛メディカルセンタースタッフへお渡し下さい。
頂いた個人情報につきましては、今回の意見交換会参加者選定以外での使用は致しません。

提出先：大分三愛メディカルセンター 受付（医事課）、地域連携センター（お客さま相談室）、総務（事務室）

氏名	
フリガナ	
住所	
電話番号	- - ※連絡を取りやすい番号をご記入ください。
生年月日・年齢	S・H 年 月 日 (歳)
性別	男 女
職業	
右記3日間 全ての日 、 会場（植田公民館）に ご来場は可能ですか？	2017年10月7日（土） 14:00～16:00 2017年11月4日（土） 14:00～16:00 はい いいえ 2017年12月2日（土） 14:00～16:00
会場までの移動手段	徒歩 自家用車 バス 電車 その他（ ）
かかりつけの病院は ございますか？	<input type="checkbox"/> 大分三愛メディカルセンター <input type="checkbox"/> （ ） 病院） <input type="checkbox"/> 特になし
医療について感じていること や、今回のメディカタル でテーマに挙げたいことを、 ご自由に出来るだけ詳しく お書きください。 （病気の内容や、治療法について 話す会ではございません。）	

ご参加につきましては、厳正なる抽選の上、ご参加をお願いする方のみに、
9月28日（金）までにお電話を致します。

ご参加いただける方には、交通費含め、1日ごと5,000円をお支払いします。