申込〆切３月９日（木）

令和４年度 第10回 十和田市立中央病院ふれあいまつり参加申込書

〇希望する項目に✔を入れてください。

参加希望の項目　※定員に達した場合はお断りの連絡をさせていただく場合があります。

☐ 来場　　病院見学ツアー

☐ 来場　☐ ZOOM　　部門紹介、職種紹介

☐ 来場　☐ ZOOM　　ケアサポートチーム紹介

☐ 来場　☐ ZOOM　　ドクターが語る！特別講演

〇必要事項をご記入ください。

参加者氏名	
団体名、所属	個人は記載不要、学生は学校名、学年をご記入ください。
メールアドレス	
連絡先	
参加（視聴）人数	人

ZOOM 申込者には受付後、招待メールを差し上げます。メールアドレスの記載をお忘れなくご記入ください。

※差し支えのない範囲でご記入下さい。

・あなたがお住まいの地域　☐十和田市　☐その他（　　）

・あなたは「病院ふれあいまつり」をどこで知りましたか？　（　　）

・あなたの職業、職種　（　　）

電　話　０１７６－２３－５１２１（代）

ＦＡＸ　０１７６－２１－１２３４　もしくは mail　towada.renkei@gmail.com

☆ご応募ありがとうございます。