

十和田市立中央病院がん相談支援センター
がんサロン参加申込書

F A X : 0176-21-1234

下記、必要事項をご記入のうえ開催日の2日前までに、
がん相談支援センターへF A Xにてお申し込みください。
(電話・郵送も可)

申込日：

ふりがな 氏名	年齢	歳	性別	男・女
連絡先	住所(〒 -)			
	電話		携帯(PHS)	
がん種				
質問、ご要望				

申込書送付先

〒034-0093 十和田市西十二番町 14-8

十和田市立中央病院 がん相談支援センター(地域医療連携室内)

TEL: 0176-23-5121 内線 2066 (9時~17時) FAX: 0176-21-1234