**武蔵野赤十字病院　　肝疾患相談センター**

**肝臓病教室申込み**

**＜FAX申込書＞**

**FAX番号：0422-32-3135（24時間受付）**

申込み方法：下記必要事項を記入しFAXにてご送信ください。

急な変更等ありました時は、ご連絡致します。

この用紙にて申込は完了致します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | |  |
| 氏　名 |  |  |
| お住まいの地域 | 該当する箇所に○をつけて下さい。  東京都23区内　　　東京都多摩地域　　　東京都外 | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| FAX番号 |  | | | | | |
| お差支えなければ、病名の記入をお願い致します。    　　B型肝炎　　　　C型肝炎　　　　　肝硬変　　　　　肝臓がん　　　　　その他（　　　　　） | | | | | | |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 | | 年齢 |  |
| 同行者氏名 |  |  |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 | | 年齢 |  |
| 同行者氏名 |  |  |

■ご質問記入欄：当日可能な限りお答え致します。