

子育てファミリー交流会 参加申込票

FAX 018-884-6457 (申込締切 : 11月20日(水))

日時 : 平成25年12月7日(土)13:30~15:30

会場 : ホテルメトロポリタン秋田 4階

氏名	フリガナ		
所属医療機関	病院名		
	診療科名	役職	
連絡先	TEL		E-mail
	参加希望 本人のみ パートナーと一緒に お子様(人) ※該当するものを○で囲んでください。		
備考	※特記事項がありましたら、ご記入ください。		

●ご家族で参加される場合には、参加される方全員をご記入ください。

《 パートナー 》			
氏名	フリガナ		
所属医療機関	病院名		
	診療科名	役職	

《 お子様 》			
氏名	フリガナ	性別	年齢 歳 ヶ月
氏名	フリガナ	性別	年齢 歳 ヶ月
氏名	フリガナ	性別	年齢 歳 ヶ月

【お問い合わせ・お申込み先】

あきた医師総合支援センター

TEL : 018-884-6430 / FAX : 018-884-6457

E-mail : info@akitamd-support.com