

第3回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(金))

日時 平成27年12月5日(土)13:30~15:30

場所 ホテルメトロポリタン秋田

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	
職業	医師 ・ その他	
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	アレルギー 有・無
氏名	フリガナ	性別	年齢 歳 ヶ月	アレルギー 有・無
氏名	フリガナ	性別	年齢 歳 ヶ月	アレルギー 有・無
備考	※アレルギー等、詳細をご記入ください。			

【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