



2017年11月4日（土）  
ご当地カフェinあおもり

【 FAX の 場 合 】

FAX  
番号 **017-752-8671**

下記項目にご記入のうえ、FAXにてご送付ください。

【 郵 送 の 場 合 】 〒030-8553 青森県青森市東造道2丁目1-1  
青森県立中央病院 緩和ケアセンター  
「ご当地カフェinあおもり」宛

【 参加申込締切 】 平成29年10月20日（金）（当日消印有効）

【 お問い合わせ先 】 〒030-8553 青森県青森市東造道2丁目1-1  
青森県立中央病院 緩和ケアセンター  
TEL：017-726-8111（内線：8568）FAX：017-752-8671

参加者数を把握するために申込をお願いしています。  
※定員を超えるお申込みがあった場合、参加人数の調整を  
させていただくことがあります。予めご了承ください。

## 参加申込書

参加者氏名・ふりがな	性別	年齢	あてはまるものに○をつけてください	
	男・女	歳	がん体験者又はその家族・医療従事者 行政・企業・その他( )	食物アレルギー あり・なし → ありの場合 [ ] その食物名
	男・女	歳	がん体験者又はその家族・医療従事者 行政・企業・その他( )	食物アレルギー あり・なし → ありの場合 [ ] その食物名
	男・女	歳	がん体験者又はその家族・医療従事者 行政・企業・その他( )	食物アレルギー あり・なし → ありの場合 [ ] その食物名

※ご記入いただいた内容は、カフェタイムでのグループ分けの参考にさせていただきます。本イベント終了次第破棄致します。

☎ 連絡先 :

所属施設名・団体名等: