

**お弁当申込用紙(FAX 078—858—2679):一般参加者用**  
**～個人でもグループでも申込みできます～**

No.	項 目	内 容		備 考
1	参加者氏名・所属 (代表者は1番に)	(氏 名)  1、  2、  3、  4、  5、	(所 属)	所属欄には  ・患者会名  ・職員  ・議員  ・医師  ・看護師  等を記入
2	代表者連絡方法			電話・Email
3	参加人員(計)			
4	弁当必要数			不要なら「0」

お昼の弁当:1000円(お茶付)

支払いは当日受付でお願いします。「弁当引換券」を代表者にお渡しします。

申込締切は2月末日です。