

# 糖尿病教室昼食会申込用紙

※参加者1名につき1枚ご記入ください。

	記入欄	
開催日	平成	年 月 日
(フリガナ)		
氏名		
住所	〒	
連絡先(TEL)	自宅	
	携帯	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成	
年齢・性別	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
糖尿病と診断されている場合は、1日の指示エネルギーをご記入ください。	kcal	

○開催日の5日前までにお申し込みください。

○お申込みいただいた方には、管理栄養士より確認の電話をさせていただきます。

○定員 15名です。ご予約は、Fax・郵送または、職員へお申込用紙をご提出ください

お問合せ・ お申込み	三原赤十字病院 栄養課	TEL 0848-64-8111(代)
		Fax 0848-64-1803(代)