



**FAX 045-910-1562**

横浜新都市脳神経外科病院 地域医療連携室宛

## 第9回市民公開講座 参加申込書

下記太枠内をご記入をお願いいたします。

ふりがな 氏名 (代表者名)	複数でお申込みの場合は、当日代表者名にて受付いたします。
法人名	法人でお申込みの場合はご記入ください。
電話番号	
申込人数	名 (うち、車椅子でのご来場者 名)
お住まいの地域 いずれかに○をお願いします。	横浜市：青葉区・都筑区・緑区・港北区・その他横浜市 川崎市：宮前区・高津区・麻生区・中原区・その他川崎市 上記以外の地域 ( )
どちらで当講座を お知りになりましたか いずれかに○をお願いします。	1、当病院内のチラシ・ポスター 2、ダイレクトメール 3、新聞記事・折込広告 4、インターネット 5、紹介 (当院職員 / 家族・知人等) 6、当病院以外で設置されたチラシ・ポスター 7、その他 ( )

※ご記入頂きました個人情報、当院市民公開講座以外には使用いたしません。  
申込み後、受付完了などの返信はいたしませんので、あらかじめご了承ください。  
申込み後キャンセルされる場合は、必ずご連絡くださいますようお願いいたします。

**TEL 045-911-8115** (地域医療連携室)

電話受付時間 平日 8:30 ~ 17:30 土曜 8:30 ~ 13:00