

# 「第 29 回四国ストーマリハビリテーション講習会」 お弁当 申込書

「第 29 回四国ストーマリハビリテーション講習会」の開催中のお弁当を、ご希望の方には手配いたします。  
お弁当を注文される場合は、下記申込み欄に記載し、FAX でお申込をお願いいたします。

FAX 番号： **(089) 960-5976** (愛媛大学医学部附属病院 消化器腫瘍外科)

## ① お弁当

ご希望の方には、お弁当をご用意します。講習会当日、会場で料金と引き換えにお渡しいたします。

- ◆日時：平成 30 年 11 月 30 日(金)、12 月 1 日(土)・2 日(日)
- ◆場所：愛媛大学医学部附属病院
- ◆料金：700 円 (ペットボトル茶付き、消費税込)
- ◆お弁当の取消しが生じた場合は、**FAX** でご連絡ください。電話での連絡は不可です。

**申込締切日 平成 30 年 10 月 26 日(金) 消印有効**

申込日 平成 30 年 月 日 ( ) 締切日 10 月 26 日(金)

フリガナ 申込代表者氏名		性別	男 ・ 女	年齢	
所属施設名		所属部署			
連絡先住所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属先 いずれかにチェックをお願いします。	〒	-	県	(TEL)	
	市			(FAX)	
	郡			(携帯)	
お弁当 (○印をお付け下さい。)					
11/30 (金)	12/1 (土)	12/2 (日)			

【申込書 送付先】 第 29 回 四国ストーマリハビリテーション講習会 運営本部

杉本はるみ 愛媛大学医学部附属病院 (皮膚・排泄ケア認定看護師)

〒791-0295 愛媛県東温市志津川

TEL (089) 960-5975 FAX (089) 960-5976 (消化器腫瘍外科)

E-mail : sr29@t-stoma.com

**※お問い合わせは原則 E-mail とし、件名は『四国 SR 講習会の件』として下さい。**