

7し 我が まま 教室

～自分らしく生きるために～



受講申込書

申し込み方法:FAX もしくは電話

参加申し込み先:土浦協同病院 予防医療センター

住所)〒300-0028 土浦市おおつ野四丁目1番1号

電話)029-846-3731 FAX)029-846-3732

申し込み受付期限:各教室1週間前までにご連絡ください

*参加者が少ないときは、中止となる場合があります。

参加希望日 月 日

参加希望日 月 日

参加希望日 月 日

受講申込者氏名 (年齢)	生年月日	連絡先住所	電話番号
			FAX 番号
ヨミ 氏名 (歳)	S・H 年 月 日	〒	電話番号
			FAX 番号
ヨミ 氏名 (歳)	S・H 年 月 日	〒	電話番号
			FAX 番号
ヨミ 氏名 (歳)	S・H 年 月 日	〒	電話番号
			FAX 番号