

中四国フルマッピング参加申込書(三豊市立西香川病院)
(FAX申込み用)

氏名	(フリガナ)	
所属		
職種		
マッピング 経験		
連絡先	住所	
	TEL/FAX	TEL FAX
	E-mail	
宿泊	宿泊希望の方は、こちらでご予約を承ります。 希望 (有 ・ 無)	
通信欄	※ご質問やご要望などなんでもご記入ください。	

本申込書で取得した個人情報は、この運営に関する事以外では使用いたしません。

申込み希望の方は、ご記入の上 FAXにて送信くださいませ。

FAX:0875-72-2192 (送付状不要)

三豊市立西香川病院 担当 井川

〒 767-0003

香川県三豊市高瀬町比地中2986-3