

体験教室（集団栄養食事指導）予約申込書

年 月 日

（宛先）春日井市民病院長
FAX 0568-82-9345

医療機関名 _____
紹介医師名 _____
電 話 _____
F A X _____

1 予約方法・日時等

↓ご利用になられる予約方法に○印をつけてください。

	(1)電話予約	①体験教室	②参加年月 (第2水曜日)	③付添い参加
		糖尿食(4月・7月・10月・1月)	年 月	あり なし
		減塩食(5月・8月・11月・2月)	年 月	あり なし
		腎臓食(6月・9月・12月・3月)	年 月	あり なし
		④教室後の栄養食事指導（個人）		教室後 後日

	(2)FAX予約	①体験教室	②第1希望参加月 (第2水曜日)	第2希望参加月 (第2水曜日)
		糖尿食(4月・7月・10月・1月)	年 月	年 月
		減塩食(5月・8月・11月・2月)	年 月	年 月
		腎臓食(6月・9月・12月・3月)	年 月	年 月
		③付添い参加		あり
	④教室後の栄養食事指導（個人）		教室後 後日	希望なし

2 受診者情報

フリガナ					春日井市民病院登録番号（ID）
氏 名					
生年月日	年	月	日（ 歳）	性 別	男 女
住 所					
電話番号					春日井市民病院の受診歴 有 無