

親子成長会 出欠返信用FAX

宛先： オリブ山病院 御中

宛名： 医療相談室 喜久川 晶奈 行

通 信 欄

10月11日(木)の親子成長会に

参加します (参加人数 人)

欠席します

所属： _____

	氏名	職種
1		
2		
3		
4		
5		
6		

★

【講師に聞きたいこと・質問】

*キャンセルする方は、精神科訪問看護 三津田、医療相談室 喜久川まで連絡下さい。