

大同病院腎臓病教室 参加申込書

FAX : 052-611-8682

氏名			
生年月日	年	月	日 満 歳
住所			
電話番号			
参加希望日程(○をつけてください)	5/29 ・ 6/5 ・ 6/12		
かかりつけ医		eGFR	
身長	cm	体重	kg
同行されるご家族様の有無	有 ・ 無		

(会場には特に人数制限はありませんが、席に限りがありますので、お申し込みはお早めをお願いいたします。)

大同病院 血液浄化・透析センター
TEL.052-611-6261(代表) FAX.052-611-8682