(平成３０年９月２日開催) 患者・家族の意思決定支援　啓発イベント　～さいごまで自分らしく～

**【 参 加 申 込 書 】**

|  |  |
| --- | --- |
| **代表者氏名** |  |
| **代表者住所** | 〒　　　　　　　　－ |
| **代表者連絡先** | （電話番号）  （メールアドレス） |

※住所の記載がない場合、入場整理券が送付できません。ご記入いただきますようお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| **同行者氏名（１回の申込につき４名まで）** | |
|  |  |
|  |  |

**○ 申込期間 ： 平成３０年７月２７日（金） ～ 平成３０年８月２２日（水）**

※定員に達し次第、受付を終了します。なお、申込期限までに定員に満たない場合は受付を継続します。

※本様式を使用せず、別途上記必要事項を記載の上、申し込みいただいてもかまいません。

**【申し込み・問い合わせ先】**

〒640 – 8585　和歌山市小松原通１－１

和歌山県福祉保健部健康局医務課　地域医療班

ＴＥＬ：073 – 441 – 2604　　ＦＡＸ：073 – 424 – 0425

メール：e0501001@pref.wakayama.lg.jp