

参加申込書

このたび、私は『第22回歩いて学ぶ糖尿病ウォークラリー』に参加致したく、申込み致します。

ふりがな _____ ※保険加入の為ご記入下さい
男

氏名 _____ 女 (才)

住所 〒 _____

TEL _____

FAX _____

病院名 _____

主治医署名 _____ 印

ご家族の参加者名

ふりがな _____ ※保険加入の為ご記入下さい
男

氏名 _____ 女 (才)

ふりがな _____ 男

氏名 _____ 女 (才)

ふりがな _____ 男

氏名 _____ 女 (才)

*主治医署名の欄には、医師から直接ご署名を頂いてください。

ウォークラリー事務局 FAX 送信先 059-224-3507

**ノボ ノルディスク ファーマ(株) 津オフィス
〒514-0009 三重県津市羽所町 388 津 三交ビルディング 7階**