大手前病院　患者サロン‘ビオラ’
事前申し込み書

記入または□にレ点を記入ください。

お名前	
病名	
来院方法	□電車　□車　□徒歩 □車椅子（介助 □要　□不要）
今のかかりつけ	□当院 □他院（　　）

＊何か困っていること、聞きたいことがあればご記入ください。

当院の下記へ FAX または、当院 1 階がん相談支援センターへ持参ください。

★患者サロンに関するお問い合わせは、がん相談支援センターへ
日時　）平日　9:00～17:00　（要予約）
TEL　）大手前病院　06-6941-0484（代表）
FAX　）大手前病院　06-6966-5336