

出張医療講座申込書

1. 希望される講座名に○をつけてください。

下記以外の内容をご希望の場合は空欄にご記入ください。

<内科疾患>

高血圧の予防と治療
糖尿病の予防と治療
心筋梗塞・狭心症について
肺炎の予防について
腎臓の病気について
メタボリックシンドロームについて
リウマチについて

<外科疾患>

胃がんの予防と治療について
大腸がんの予防と治療について
便秘症の予防について

その他、ご希望の内容

<脳外科疾患>

認知症について
脳卒中について
頭痛について

<眼科疾患>

白内障について
網膜症について
黄斑変性症について
眼圧と緑内障の関係
加齢にともなう眼疾患

2. 出張講座を希望される日時・場所（会場名）をご記入ください。

3. 参加人数（見込み）

4. 代表者様ご連絡先

町会名 _____

ご氏名 _____

ご連絡先（電話番号） _____（ _____ ）

※お気軽にお申し込みください。ご不明な点は担当者までご連絡ください。

連絡先 04（7166）7171 担当者 細野