

糖尿病デー 講演・糖尿病用宅配弁当試食会

参加申込書

先着 30 名様

ふりがな	
お名前	
年齢	歳
性別	☐ 男性 ☐ 女性
連絡先(電話番号)	

確認事項（当てはまる□に✓をお願いします）

【食物アレルギー】

☐ 有（ ）

☐ 無

※食物アレルギーの対応は不可です。申し込み時にご相談ください。

※定員に達した場合は、お申込みを受付できない場合がございます。あらかじめご了承ください。

ご記入後の申込書は、**内科外来受付**へご提出ください。

申込締切 2026 年 10 月 30 日(金)16:00 まで

定員に達し次第受付終了します。

いただいた個人情報は、本イベントの運営・連絡の目的以外には使用しません。