

【参加申し込み用紙】

# がんサロン ~おもいでな~

※下記に記載の上、事前にFAX頂くか、がん相談窓口までご持参下さい

**2026年1月13日(火)**

**ヨーガセラピー**

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_

## 《参加動機》

- 自分の病気について知りたい
- 家族・親戚（身内）の方の病気について知りたい
- 病気のことに関心があるから
- 病気の方と話をしたい
- その他 ( )

ご質問、ご希望などご自由にどうぞ



## 【参加申込用紙 提出先】

福井赤十字病院 がん診療センターがん相談窓口  
場所：先進中央棟 1階  
TEL：0776-36-3673  
FAX：0776-36-4113