



F A X 送信方向

脳深部刺激療法・脊髄刺激療法・バクロフェン髄注療法  
説明会参加申込書

申し込み FAX 番号 メールアドレス	06-6942-2848 <a href="mailto:t-maruo@otemae.gr.jp">t-maruo@otemae.gr.jp</a> (大手前病院 脳神経外科 圓尾知之宛)
------------------------	---

下記\*項目を必ずご記入ください。

*お名前	ご本人： ご家族：	*参加人数 名
*連絡先 (申込される方の連絡先) FAX または住所のいずれか は必ず明記してください	電話番号	
	FAX / メール	
	御住所	〒 _____
かかりつけ医 連絡先	〒 _____	
*参加希望の治療法 (○で囲んでください)	脳深部刺激療法 ・ 脊髄刺激療法 ・ バクロフェン髄注療法	
開催日程	2024年11月2日(土) 13時30分～ 個別面談開始(対面方式)	
会場	大手前病院 2階 脳神経センター外来	

ご希望の時間帯・質問事項等ご記入ください。

<p>【下記開催時間帯の( )内に希望順位の高い順に1～6の数字をご記入ください。】</p> <p>・13時30分～14時00分( )      ・14時00分～14時30分( ) ・14時30分～15時00分( )      ・15時00分～15時30分( ) ・15時30分～16時00分( )      ・16時00分～16時30分( )</p> <p>※先着順となりますのでご希望に添えない場合がございます。また、定員となりましたら別日程をご案内させて頂く可能性がございます。予めご了承ください。</p> <p>【事前質問がございましたらご記入ください。】</p>
--