



## FAX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	2026年3月28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。

【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。】

- ・13時30分～14時00分（ ）      ④ 14時00分～14時30分（ ）
- ・14時30分～15時00分（ ）      ⑤ 15時00分～15時30分（ ）
- ・15時30分～16時00分（ ）      ⑥ 16時00分～16時30分（ ）

※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。

【事前質問がございましたらご記入ください。】