

# パーキンソン病とDBS 申込方法

FAXでお申し込みください。

随時受付中

お申し込み後、FAXで返信させていただき、申込確定となります。

FAX **044-246-1052**

## 申 込 書

ふりがな	
相談者氏名	
相談者以外(付き添い等)がいる場合は以下に記載 ※1名まで	
ふりがな	
氏 名	
住 所	
電話番号	
FAX番号	

### 個人情報の取り扱いについて

ご記入いただいた個人情報については、川崎市個人情報保護条例に基づき、事業執行の目的に限り使用します。

## 希 望 日

申し込みが多数の場合、第一希望に添えない可能性がありますのでご了承ください。

第一希望	月 日 ( 火 ) 14 : 00
第二希望	月 日 ( 火 ) 14 : 00
第三希望	月 日 ( 火 ) 14 : 00

## 川崎病院担当記入欄

お申込みいただきありがとうございます。

月 日 ( 火 ) 14 : 00

に決定いたしました。

当日は川崎病院 1 階総合案内に「パーキンソン病の相談会に来た」とお申し付けください。

持ち物 **お薬手帳**



川崎市立川崎病院 (川崎市川崎区新川通12-1)

川崎市