

食事会の申し込み用紙

糖尿病の患者様、食事バランスに興味のある方、そのご家族様、医師及びスタッフと食事を交えながら楽しい時間を過ごしたいと思います。食事バランスや量などを確認しながら勉強しましょう！

【日時】：平成 29 年 3 月 18 日（土）

午前 11 時 30 分～14 時 00 分

【場所】：西館 10 階多目的室

【参加費】： 800 円（消費税込み）



通常の糖尿病教室と
日時が異なりますの
でご注意ください！
3/16(木)の教室は
ありません。

**注：当日に別途集団栄養指導料がかかるので、外来受付を通して下さい。
(糖尿病教室と同じ扱いになります。)**

20 名で締切りとさせていただきます。

キャンセルをされる場合は、**3/3（金）**までにご連絡
ください。それ以降のキャンセルについては返金できませんのでご了承ください。

昼食前後にインスリンもしくは薬を飲まれる方は、必ずご持参下さい。



連絡先：栄養科直通 075-361-1399

領収書 H29.3.18 糖尿病教室食事会費として

_____ 円 領収いたしました 印 (/)

キ リ 印 ト リ

食事会申込書

平成 29 年 月 日

氏名 :

食物アレルギー：有 () ・ 無

電話/携帯番号： ()

(カルテNo.) (申込金 済・未) 印