

フットケアキャラバン in 神奈川 FAX申込書

FAX.03-3261-7174

下記参加申込書に必要事項をご記入の上、切り取らずに送信してください。

参加希望の項目に○印をおつけください。 <input type="radio"/> a) 足の血圧検査とフットケアセミナー希望 <input type="radio"/> b) 足の血圧検査のみ希望 <input type="radio"/> c) フットケアセミナーのみ希望	
No.1	カナ氏名 生年月日 住所: 〒 電話番号
参加希望の項目に○印をおつけください。 <input type="radio"/> a) 足の血圧検査とフットケアセミナー希望 <input type="radio"/> b) 足の血圧検査のみ希望 <input type="radio"/> c) フットケアセミナーのみ希望	
No.2	カナ氏名 生年月日 住所: 〒 電話番号
参加希望の項目に○印をおつけください。 <input type="radio"/> a) 足の血圧検査とフットケアセミナー希望 <input type="radio"/> b) 足の血圧検査のみ希望 <input type="radio"/> c) フットケアセミナーのみ希望	
No.3	カナ氏名 生年月日 住所: 〒 電話番号

※足の血圧検査、医師相談に関して、フットケアセミナー前後の時間帯は大変混み合うことが予想されますので、お早めにご来場いただくことをお勧めいたします。また、ゆっくりと医師に相談されたい方は、午前中にご来場いただくことをお勧めいたします。

足の血圧検査(ABI検査)



足首と腕の血圧を比べ、足の血管が詰まっているかどうかを調べます。血管年齢もわかります。

協力: フクダ電子(株)

会場



【アクセス】

- ・JR根岸線「桜木町」駅下車 徒歩約3分
- ・横浜市営地下鉄「桜木町」駅下車 徒歩約4分
- ・みなとみらい線「みなとみらい」駅下車 徒歩約5分

県民共済 未来ホール

〒231-8418 神奈川県横浜市中区桜木町1-1-8-2 県民共済プラザビル1階
TEL: 045-201-3080

●お問い合わせ先: 東京都千代田区九段南4-8-8 日本YWCA会館5F (株)トークス内 フットケアキャラバン事務局
03-3261-7715 (平日10:00-17:00)

申込方法

ハガキまたはFAXにてお申し込みください。

※1件のお申し込みで3名様までとさせていただきます。

●ハガキでのお申し込み

- ①下の専用ハガキをご利用の場合は、必要事項をご記入の上、切り取り線に沿ってお切りいただき、50円分の切手を貼付の上、お送りください。
- ②官製はがきをご利用の場合は、参加者様全員のお名前、ご住所、郵便番号、電話番号、参加希望プログラム(3つのうちいずれか)を明記の上、下記宛先までお送りください。

(参加希望プログラム) a) 足の血圧検査とフットケアセミナー
 b) 足の血圧検査のみ c) フットケアセミナーのみ

〒102-0074 東京都千代田区九段南4-8-8
日本YWCA会館5F (株)トークス内
フットケアキャラバン事務局

●FAXでのお申し込み

左の参加申込書に必要事項をご記入の上、切り取らずに送信してください。

※お申し込みの際にいただいた個人情報は、当イベントの申込受付のみに利用させていただきます。個人情報保護法その他の法令により認められる事由がある場合を除き、ご本人の同意がない限り、目的の範囲を超えて個人情報を利用することはありません。

応募締切:平成24年2月17日(金)

※はがきでの応募の場合は当日消印有効、FAXでの応募の場合は当日必着です。

申込者多数の場合は、抽選とさせていただきます。

ご参加いただける方には、後日(2月26日頃までに)事務局より招待状をお送りします。

郵便はがき

50円分の切手を
お貼り
ください

1020074

東京都千代田区九段南4-8-8
日本YWCA会館5F

(株)トークス内
フットケアキャラバン事務局 行

参加希望の項目に○印をおつけください。 <input type="radio"/> a) 足の血圧検査とフットケアセミナー希望 <input type="radio"/> b) 足の血圧検査のみ希望 <input type="radio"/> c) フットケアセミナーのみ希望	
No.1	カナ氏名 生年月日 住所: 〒 電話番号
参加希望の項目に○印をおつけください。 <input type="radio"/> a) 足の血圧検査とフットケアセミナー希望 <input type="radio"/> b) 足の血圧検査のみ希望 <input type="radio"/> c) フットケアセミナーのみ希望	
No.2	カナ氏名 生年月日 住所: 〒 電話番号
参加希望の項目に○印をおつけください。 <input type="radio"/> a) 足の血圧検査とフットケアセミナー希望 <input type="radio"/> b) 足の血圧検査のみ希望 <input type="radio"/> c) フットケアセミナーのみ希望	
No.3	カナ氏名 生年月日 住所: 〒 電話番号