

難病医療講演会申込用紙

(FAX)058-252-0638

お名前(必須)	
電話番号(必須)	
FAX 番号(必須)	
メールアドレス(必須)	
記入者(必須)	☐ 患者 ☐ 家族 ☐ その他()
年代(必須)	☐ 10代未満 ☐ 10代 ☐ 20代 ☐ 30代 ☐ 40代 ☐ 50代 ☐ 60代 ☐ 70代 ☐ 80代以上
住所(必須)	☐ 岐阜市 ☐ 岐阜市以外 (岐阜市以外の方) 差し支えなければ市町村名をご記入ください。 ()
参加方法(必須)	☐ 会場 ☐ オンライン参加 (オンライン参加の方は、表示名と参加人数をご記入 ください。) (表示名: 参加人数: 人)
講師への質問が ありましたら ご記入ください。	講師名:
講演会の開催にあたり、 配慮が必要な方は こちらに ご記入ください。	

お申込みいただきありがとうございました。