難病医療講演会申込用紙

（FAX）058-252-0638

ふりがな 氏名（必須）	
電話番号（必須）	
参加者（必須）	□患者　　□家族 □その他（　　）
年代（必須）	□30代以下　□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。 （　　）
講師への質問が ありましたら ご記入ください。	
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。