

※オンライン参加を希望される方は、
オンライン申し込みをご利用ください。

難病医療講演会申込用紙

(FAX)058-252-0638

| | |
|---|--|
| お名前 | |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| 参加者 | <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 年代 | <input type="checkbox"/> 10代未満 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代以上 |
| 住所 | <input type="checkbox"/> 岐阜市 <input type="checkbox"/> 岐阜市以外 <u>岐阜市以外の方</u> () 市・町 |
| 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。 | |

お申し込みありがとうございました