

令和元年度 第24回筋ジストロフィー研修会 参加申し込み用紙

研修会参加は、以下の欄に必要事項をご記入の上、郵送若しくは FAX 送信してください。
(送信文は不要です)

申し込み日 (月 日申し込み)

(申し込み用紙番号)

申込み用紙が複数枚時は、番号を記載して下さい

所属機関名 若しくは ご家族氏名	機関名 連絡先代表者氏名 (ふりがな)	
連絡先	電話番号 FAX番号	
参加者 合計参加人数	氏 名 [職 種]	見学希望 (希望者は ○をつけて下さい) 見学集合10:45 分
	[]	
	[]	
	[]	
	[]	
	[]	

*参加者の欄が不足の場合は、申込用紙をコピーして下さい。

*お車でお越しの際は、駐車スペースに限りがございますので、乗り合わせでお願い申し上げます。

お手数ですが、11月1日(金)までに下記まで郵送若しくはファックスにてお返事いただきたくお願いします。

申込先： 独立行政法人国立病院機構 新潟病院

FAX 0257-24-9812

TEL 0257-22-2126 (内線石井 4127 畑田 4129) 療育指導室 石井・畑田 宛