

第 4 回日本難病医療ネットワーク学会学術集会

参加申込書

参加申込書 送付先：〒460-0008 名古屋市中区栄 3-19-28 (株)セントラルコンベンションサービス内
第 4 回日本難病医療ネットワーク学会学術集会 運営事務局
TEL 052-269-3181 / FAX 052-269-3252

申込締切日：2016 年（平成 28 年）10 月 11 日（火）

●参加申込者情報記入欄 ※複数の場合は、コピーしてご利用下さい。

申 込 日	平成 年 月 日
施 設 名 部 署 職 種	
所 在 地	〒
連 絡 先	TEL : FAX : E-mail :
参加申込者名	(ふりがな :)
情報交換会 (11/18(金)夕)	※下記いずれかにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 参加します <input type="checkbox"/> 参加しません
コミュニケーション 支援ワークショップ (グループディスカッション)	※下記いずれかにチェックをお願いします。 11/19(土)午後 <input type="checkbox"/> 参加します <input type="checkbox"/> 参加しません