

平成 30 年度 難病講演会 FAX 参加申込書

FAX 番号: 03-5744-1523

大田区健康づくり課 三上・竜崎 あて

申込み日		平成 30 年	月	日
1	ふりがな			
	参加者氏名			年齢
	① ご本人 ② ご家族 ③ 関係者 () ④ その他 ()			
2	ふりがな			
	参加者氏名			年齢
	① ご本人 ② ご家族 ③ 関係者 () ④ その他 ()			
3	ふりがな			
	参加者氏名			年齢
	① ご本人 ② ご家族 ③ 関係者 () ④ その他 ()			
連絡先		(複数人での応募の場合は代表者の連絡先をご記入ください。)		
備考欄		(当日ご配慮が必要な事項/車椅子のご利用がございましたらご記入ください。)		

*** FAX 提出をもって、受付完了とさせていただきます。
定員に達した場合は、保健所からご連絡させていただきます。**