

別紙

(FAX) (送付状は不要です)

宛先：広島県西部保健所広島支所保健課健康増進係 行

FAX：082-511-8707

TEL：082-513-5526

難病医療講演会・患者交流会 申込書

| 名前 | 続柄 職種 | 住所・所属 (市町名まで) | 電話番号 (日中つながる番号) |
|----|----------|---------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※ご連絡する必要が生じた場合のために、連絡先を聞かせていただいています。

いただいた個人情報は申込みの確認のみに使用し、広島県個人情報保護条例に基づき、適切に取り扱います。

講師や保健所の職員に質問や、相談したいこと等がありましたらご記入ください。

※当日には参加できなくても、個別に相談してみたいこと等があれば、お気軽にお電話ください。

※令和2年10月13日(火)までにお申込みください。