

(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

芸北地域 難病患者等交流会 (R5.12.18 開催) 参加申込書

名前	続柄	電話番号 (日中つながる番号) 住所	支援者の方 所属 (職種)	オンラインで参加希望の場合はメールアドレスをお書きください。
	本人 家族 支援者	電話 住所 安芸高田市・安芸太田町・北広島町 その他	所属 (職種)	
	本人 家族 支援者	電話 住所 安芸高田市・安芸太田町・北広島町 その他	所属 (職種)	
	本人 家族 支援者	電話 住所 安芸高田市・安芸太田町・北広島町 その他	所属 (職種)	

※参加希望者の体調等を確認するために、保健師が電話確認する場合がありますので、連絡先は必ず記入してください。

事前質問や、相談したいこと等がありましたらご記入ください。

申込期限：令和5年12月11日(月)