



名古屋市難病患者医療生活相談事業「希少疾患講演会」

**FAX お申込み用紙**

**FAX : 052-485-6656**

NPO 法人愛知難病団体連合会 (牛田・重松)

お名前 (フルネーム)	(ふりがな)
お電話番号	( ) —
メールアドレス	@
参加区分 (いずれかに○をおつけください)	難病疾患当事者・ご家族・難病患者支援者・その他
佐谷先生へのご質問	
配慮が必要な事項 (駐車場利用希望、手話・要約筆記が必要等)	

※参加ご申込後、1週間以内に『受付させていただきました』のお知らせをお送りします。

※このお知らせが届かない方は、愛難連事務局までお問合せください。