

長野県難病相談支援センター開設十周年 「これまでの歩み、これからの取り組み」

参加申込書

締め切り 平成29年11月10日(金)

◆療養者・ご家族記入用

※車椅子や吸引器、呼吸器などを持参される場合は、申し込み時にセンターまでご連絡ください

お名前	ご関係
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
ご住所	〒
ご連絡先	TEL () 、 FAX ()

◆医療・福祉・行政等関係者記入用

お名前	ご職種
	<input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Ns <input type="checkbox"/> PT・OT・ST <input type="checkbox"/> SW <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 介護福祉士、ホームヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Ns <input type="checkbox"/> PT・OT・ST <input type="checkbox"/> SW <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 介護福祉士・ホームヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Ns <input type="checkbox"/> PT・OT・ST <input type="checkbox"/> SW <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 介護福祉士・ホームヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ()
ご所属	
ご住所	〒
ご連絡先	TEL () 、 FAX ()

※ご記入いただいた個人情報はシンポジウム申し込み用であり、他の目的に使用することはありません。

お申し込み
お問い合わせ

長野県難病相談支援センター

電話 0263 (34) 6587、FAX 0263 (34) 6589

E-mail : houmon@shinshu-u.ac.jp