

難病施策・難病の保健活動  
**進めよう！在宅難病患者の災害時対策**  
(開催日 12月7日(金) 13:00~)

**参加申し込み用紙(締め切り:11月20日(火))**

氏名	
メールアドレス	
所属種別	<input type="checkbox"/> 都道府県 本庁 <input type="checkbox"/> 都道府県 保健所 <input type="checkbox"/> 政令指定都市 <input type="checkbox"/> 中核市 <input type="checkbox"/> 特別区 <input type="checkbox"/> その他政令市 <input type="checkbox"/> その他：
所属機関・部署名	
ご連絡先	住所 〒 _____ _____ 電話 _____ FAX _____

※ご記入いただいた個人情報は、本セミナー(12/7)申し込み用であり、本企画の実施、運営、評価にかかる研究等の目的で使用し、他の目的に使用することはありません。

※当日、会場に直接おこしください。

**【問い合わせ先】**

公益財団法人東京都医学総合研究所 難病ケア看護プロジェクト 小倉朗子

Email : ogura-ak@igakuken.or.jp

FAX : 03-6834-2291 (直通)

電話 : 03-6834-2290 (直通)