

送付先：富岡保健福祉事務所 保健係

FAX：0274-64-2397

締切 11月1日（金）

## 難病療養相談会申込み書

患者氏名

受給者番号

参加者の氏名	住所	連絡先	患者との関係
			本人・家族 その他 ( )
			本人・家族 その他 ( )
			本人・家族 その他 ( )

講師への質問、交流会で話したいこと、ききたいこと

( )

参加するにあたり、配慮等が必要なことがあればご記入ください

( )