

【FAX申込票】

11月25日（月）までに申し込みください。

〈申し込み先〉

太田保健福祉事務所 保健第二係 難病担当

Tel：0276-31-8243

Fax：0276-31-8349

受給者番号： _____

参加者氏名	連絡先（携帯電話）	受給者との関係
		本人・家族（ ）
		家族（ ）
		家族（ ）

お時間に限りがありますが、講演会にて可能な範囲で先生にお答えいただきます。

●当日講師の先生に質問したいこと

医療 食事 （○をつけてください）