

「第7回患者会リーダー養成研修会」参加申込書
空欄へご記入ください。また（ ）内では該当部分を○で囲んで下さい。

- 参加者名 フリガナ _____ (男・女) 年齢 _____ 歳
- 住所 フリガナ 〒 _____
- TEL/FAX _____
- メールアドレス _____ @ _____
- 所属団体 _____ (患者本人・家族・他) 役職 _____
- 疾 病 名 _____
- 宿 泊 (宿泊しない ・ 宿泊する)
※原則参加者全員宿泊、但し病状その他の理由により宿泊できない方はあらかじめご相談下さい
- 食 事 (1/13 夕食(懇親会) ○ ・ × 1/14 朝食 ○ ・ ×)
※夕食(懇親会)は一部自己負担(2,000円~3,000円)
※食事等に何らかの配慮が必要な場合は備考欄へご記入ください。
- 予定交通費
会場までの予定交通費(片道)を下記へご記入ください。

利用交通経路(区間)	交通機関名 (飛行機、新幹線、JRなど)	金額(片道)	備 考 (障害者割引等)
→			
→			
→			
→			
合計			

※飛行機、新幹線、JR、バスなど公共交通機関のみについてお支払いします。
タクシー代、ガソリン代、高速・駐車料金等は対象になりませんのでご了承ください。
(身体障害または病状によりタクシー等を利用される方はあらかじめご相談下さい)
身障者割引を利用の場合はその旨をご記入ください。

※備考(車椅子、人工呼吸器、吸引器、電動車椅子、酸素等をご使用の方、及びアレルギー食等、何らかの配慮が必要な場合があればご記入ください)

提出日 年 月 日

記載事項は当研修会に関する以外に使用しません。 **申込締切 12月 15日**

申込先： 一般社団法人 日本難病・疾病団体協議会
FAX : 03 (6902) 2084
EMAIL : jpa@ia2.itkeeper.ne.jp