「第２回患者会のない希少疾患グループ交流会」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。

* 参加団体名
* 住所　〒
* ＴＥＬ／ＦＡＸ
* メールアドレス
* 所属難病連

１）　　　　　　　　　　　　　（ 男 ・ 女 ）役職名

２）　　　　　　　　　　　　　（ 男 ・ 女 ）役職名

* 宿　　　泊　　す　る　　　しない（会議終了後に帰る）
* 予定交通費（概算）

首都圏以外の方は、会場までの予定交通費を下記へご記入ください。

2名で参加の場合は、2名分を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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）** | **摘要** |
| → |  |  |  |
| → |  |  |  |
| → |  |  |  |
| → |  |  |  |
| → |  |  |  |
| 合計 | |  |  |

（備考）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。

身障者割引を利用の場合はその旨をご記入ください。

備考

　提出日　　　年　　月　　日　**申込締切　2016年１月６日**