「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。

* （ 男 ・ 女 ）　年齢　　　　歳
* 住所　〒
* 電話番号
* 所属団体名　　　　　　　　　　　　　（ 患者本人 ・ 家族 ・ その他　）
* 宿泊　（　　　宿泊する　　・　　宿泊しない　 ）

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

（備考）

片道分の旅費をご記入ください。

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（車椅子による参加や食事等、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こと以外に使用しません。

**申込締切**　**２月１５日**