

「第15回患者会リーダー養成研修会」参加申込書  
以下へご記入ください。また（ ）内では該当部分を○で囲んで下さい。

提出日 年 月 日

フリガナ  
参加者名 \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

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 ( 宿泊する ・ 宿泊しない )

※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 ( 夕食(懇親会) 参加 ・ 欠席 朝食 要 ・ 不要 )

※夕食(懇親会)は一部自己負担(5,000円程度)有。

※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。(研修会当日領収書提出)

研修会受付でお渡しできるよう用意をいたします。下記申請額と領収書額が異なりますと当日のお支払いができなくなりますので、正確にご記入ください。

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、私鉄、バスなど公共交通機関についてお支払いします。

やむを得ないご事情により公共交通機関を利用できない場合は、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、電動車椅子、人工呼吸器、吸引器、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、ご記入ください)

車椅子利用の方はご記入ください ・ ご使用の車椅子は 電動 または 自走式  
・ 宿泊室内移動は 歩行可能 または 車椅子移動

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

※定員になり次第、受付を終了いたします。

申込先: 一般社団法人 日本難病・疾病団体協議会 EMAIL: [sapo@nanbyo.jp](mailto:sapo@nanbyo.jp)