　　　　　　　　　　FAX 送 信 票

県北保健福祉事務所　医療薬事課感染症予防チ－ム　行き

　　　　FAX番号　０２４－５３４－４１６２

　　　11月５日開催の肝疾患講演会・肝炎患者等相談交流会に

参加します。

**出席者名**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　出席者氏名 | 受給者証をお持ちの方は受給者番号 | 連絡先（電話番号） |
|  |  |  |
|  |  |  |

　　　☆　講師への質問（病気や生活についての注意点など）や参加者と

意見交換したい内容等があれば、ご記入ください。