＜申込先＞福島県会津保健福祉事務所（会津保健所）健康増進課　行

〒９６５－０８０７　　会津若松市城東町５－１２

電話０２４２―２９－５５０８　　ＦＡＸ０２４２－２９―５２８９

Email aidu\_nanbyou@pref.fukushima.lg.jp 　（添書不要）

**患者・家族用**

**()**

**難病医療相談会（膠原病）参加申込書**

**（申込期限 　６月　２５日（水））**

患者氏名：

＜相談会開催日時等＞

日時：　令和７年７月５日（土）

　　１３：００～１５：００（受付12:30～）

会場：　会津保健福祉事務所　会議室

住所：　会津若松市城東町5番12号

申込者：　　　　　　　（患者との続柄　　　）

電話番号：

１　どちらか該当する項目を〇で囲んでください。

1. 本人のみ参加　　　２）本人と家族で参加　　　３）家族のみ参加

２　参加者のお名前　　市町村名（　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 本人との続柄 |
|  |  |
|  |  |

３　初めての参加ですか？　該当する方を〇で囲んでください。

1. 初めて参加する　　　２）参加したことがある

４　参加にあたり、事前に質問がありましたら御記入ください。

５　講師（医師）の個別相談を希望しますか？　該当する方を〇で囲んでください。

　　なお、参加申し込みの先着順で3名程度の個別相談となりますので、御要望に対応できない場合があることを御了承ください。

１）　希望する　　　　　　２）　希望しない

　　　相談内容を下記に記載ください。

* **６月　２５日（水）までに電話、ＦＡＸ、メールまたは郵送にてお申し込みください。**