

7月24日（土） ALS 患者交流会 参加申込書

氏名 ()
 住所 ()
 連絡先TEL ()
 メールアドレス ()
 *zoomのID、パスコードをお伝えしたり、支部の情報を発信します。
 所属 患者様・ご家族・遺族・専門職 ()
 介助者： 無・有 (氏名)
 (氏名)
 (氏名)

*予定で結構ですので(変更可能)当てはまるところに○をお願いします。

	参加形態	<input type="checkbox"/> 現地参加 呼吸器使用(無・有) 機種:() 車いす使用(無・有) リクライニング型・標準型	<input type="checkbox"/> オンライン(zoom) 参加
い ず れ か に ○	講演から交流会まで すべて参加・聴講		
	講演のみ		
	交流会のみ		

講師の先生へのご質問・近況・支部へのご意見等

*返信先(長野県支部事務局 原山) TEL 026-263-6335
 FAX 026-243-8820
 E-mail: akane_harayama@tetote7107.org