

別紙

送付先 兵庫県難病相談センター 【送信票不要】

FAX (06) 6480-7731

令和元年度第2回神経難病医療ネットワーク研修会参加申込書

所属名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

	氏名	職種	備考
1			
2			

●講師へお尋ねになりたいことがありましたら下記へご記入ください。

講師名	質問等

※ 締め切り 令和2年2月21日(金)

※ 病棟見学の都合上、定員を超過した場合は調整させていただきますので  
ご了承ください。参加いただけない場合のみご連絡します。  
また、欠席される場合はできるだけ早くご連絡ください。

※ お問い合わせ先 兵庫県難病相談センター

TEL (06) 6480-7730

FAX (06) 6480-7731