

千葉市難病相談支援センター

令和6年度 難病勉強会 申込書

千葉市難病相談支援センター
千葉東病院 安藤宛
FAX : 043-264-3128

所 属 _____

ご担当者 _____

ご連絡先 () _____

参加希望日程（複数可）と参加方法については○をお付け下さい

参加者氏名	所 属	職 種	参加希望日程	参加方法
			6/19・6/26・7/3 7/10・7/17・7/24 7/31・8/7・8/14	来院 ・ リモート
			6/19・6/26・7/3 7/10・7/17・7/24 7/31・8/7・8/14	来院 ・ リモート
			6/19・6/26・7/3 7/10・7/17・7/24 7/31・8/7・8/14	来院 ・ リモート

リモートでの参加希望の方は招待メールをお送りさせていただく
メールアドレスをご記載ください。

（リモート配信は Microsoft Teams を使用いたします）

@

@

@

お申込締切 令和6年5月31日（金）