ワークショップ参加希望（申　込　書）

J-CDSM™

①名前	
②郵便番号	
③ご住所	
④電話番号	
⑤携帯番号	
⑥ＦＡＸ番号	
⑦メールアドレス	
⑧生年月日	
⑨申し込み者本人 ※○で囲んでください。	慢性疾患を持つ人・その家族・医療従事者・患者会関係者 その他（　　）
⑩申し込みの確認をさせていただく際の連絡方法 ※平日の日中に連絡させていただきます。 ※ご希望の方法を ○で囲んでください。	・　電話番号 ・　携帯電話 ・　メール ・　ＦＡＸ

送付先　日本慢性疾患セルフマネジメント協会事務局

Fax　03-5228-3134

E メール　info@j-cdsm.org