

ワークショップ参加希望(申込書)

「()ワークショップ参加希望」

名前	
年齢	
郵便番号	
住所	
連絡先電話番号	
メールアドレス	
申し込み者本人 (当てはまるものに)	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()

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 - 5449 - 2362

Eメール info@j-cdsm.org