山梨県難病相談支援センター　行き

FAX　055－223－3241

パーキンソン病研修会 参加申込書

住所または所属　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先（TEL）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな
参加者名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

参加者数　＿＿＿＿＿人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　研修会に際し、ご質問等がありましたら下欄にご記入ください。