

FAX 082-294-6113

令和8年度 全身性エリテマトーデス
講演会・相談会 FAX申込用紙

----- 以下にご記入ください -----

(ふりがな) お名前・年齢	歳
住所	
電話番号	
FAX番号	
手話通訳の希望	有・無
要約筆記の希望	有・無
個別相談会の希望	有・無

----- 個別相談会参加希望の方は以下もご記入ください -----

相談内容

記載していただいた相談内容は、事前に医師に情報提供させていただきます。
なお、知り得た情報は、個別相談会以外の目的で使用することはございません。

送付先 FAX 082-294-6113