

# FAX 送付状

送付日：

送付先：092-643-1389

福岡県難病相談支援センター 宛

申込締切日

7/23 (月)

※各研修会の申込み後の変更等については難病相談・支援センターにご連絡ください。

[学校・園名]

[学校長・園長名]

[郵便番号]

[住所]

TEL:

/FAX:

※参加をされる日程のところに出席者名、職種の記入をお願いいたします。

定員に達し、受付できない場合はご連絡いたします。

	出席者名	職種
7/25 (水)		

	出席者名	職種
8/9 (木)		

	出席者名	職種
8/23 (木)		

先生にお尋ねしたい事がありましたらご記入ください。

<お問い合わせ先>

福岡県難病相談支援センター（福岡県難病医療連絡協議会）

〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1

九州大学医学部神経内科内（北棟2階）

TEL 092-643-1390（直通）FAX 092-643-1389

Email:kodomo@fnanbyou-c.org