

2月11日(日) ALS 患者・家族相談会参加申込書

氏名： _____ 希望時間 13:30 14:30 15:30 ⇒○してください
 住所：〒 _____
 電話： _____ FAX： _____
 メールアドレス： _____
 どちらの参加を希望されますか？ (現地参加・Zoom 参加)
 所属：患者様・ご家族・ご遺族・一般・
 専門職 (_____) 勤務先 (_____)

相談内容

返信先：日本 ALS 協会山梨県支部事務局
 〒400-0067 山梨県甲府市長松寺町 7-13 サンマリーナ長松寺 1-A
 TEL. 055-267-7261 FAX: 055-267-7263
 Eメール：als.yamanashi@eos.ocn.ne.jp

