

# 「第4回患者会のない希少疾患グループ交流会」参加申込書

空欄へご記入ください。また（ ）内では該当部分を○で囲んで下さい。

- 参加団体名 \_\_\_\_\_
- 住所 〒 \_\_\_\_\_
- TEL/FAX \_\_\_\_\_
- メールアドレス \_\_\_\_\_
- 所属難病連 \_\_\_\_\_
- <sup>フリガナ</sup>参加者名  
1) \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 役職名 \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 役職名 \_\_\_\_\_

## 予定交通費

会場までの片道交通費を下記へご記入ください。助成は往復分いたします。

2名で参加の場合は、2名分を記入してください。

利用交通経路(区間)	交通機関名 (飛行機、新幹線、JRなど)	金額(片道)	備考 (障害者割引等)
→			
→			
→			
→			
→			
→			
合計			

※飛行機、新幹線、JR、バスなど公共交通機関のみについてお支払いします。

タクシー代、ガソリン代、高速・駐車料金等は対象になりませんのでご了承ください。

(身体障害または病状によりタクシー等を利用される方はあらかじめご相談下さい)

身障者割引を利用の場合はその旨をご記入ください。

※備考(車椅子、人工呼吸器、吸引器、電動車椅子、酸素等をご使用の方、及びアレルギー食等、何らかの配慮が必要な場合があればご記入ください)

提出日 年 月 日 **申込締切 2017年12月15日**

記載事項は当研修会に関する以外に使用しません。

申し込み先 一般社団法人 日本難病・疾病団体協議会

f a x : 03 (6902) 2084

EMAIL : jpa@ia2.itkeeper.ne.jp