第４回患者会リーダー養成研修
フォローアップ研修会　参加申込書

空欄へご記入ください。また（　）内では該当部分を〇で囲んで下さい。

- 参加者名（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ 男 ・ 女 ）　年齢 ＿＿＿歳
- 住所（フリガナ）　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- ＴＥＬ／ＦＡＸ　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- メールアドレス　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- 所属団体　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ 患者本人・家族・他 ）役職＿＿＿＿
- 疾　病　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- 過去のリーダー養成研修会への参加回
  （ 第１回（２０１１年） ・ 第２回（２０１２年） ・ 第３回（２０１３年） ・ 第４回（２０１４年） ・ 第５回（２０１５年） ・ 第６回（２０１６年） ）
- 宿　　泊　（ 宿泊しない・宿泊する ）
  ※原則参加者全員宿泊、但し病状その他の理由により宿泊できない方はあらかじめご相談下さい。
- 食　　事　［ 12/16 夕食懇親会　〇　・　×　（夕食懇親会のみ一部自己負担有）
  12/17 朝食　〇　・　×　］
  ※食事等に何らかの配慮が必要な場合は備考欄へご記入ください。
- 予定交通費
  会場までの交通費（片道）を下記へご記入ください。

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）	摘要
→			
→			
→			
→			
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

記載事項は当研修会に関すること以外に使用しません。　**申込締切　10 月 31 日**

申込先：　一般社団法人　日本難病・疾病団体協議会　FAX：03（6902）2084
EMAIL：jpa@ia2.itkeeper.ne.jp