

「第4回患者会リーダー養成研修フォローアップ研修会」 参加申込レポート（必須）

（※当フォームをデータでご希望の場合はJPAまでメールにてご請求ください）

- 参加者名 フリガナ _____（男・女） 年齢 _____ 歳
- 所属患者会 _____

1. リーダー養成研修会 第 _____ 回に参加しました。
2. その研修会で学んだこと、その後の患者会での主な活動や患者会作り等の活動についてお書きください。

3. 患者会リーダーとして今悩んでいること、今回のフォローアップ研修会に期待することをお書きください。

提出日 年 月 日

記載事項は当研修会に関する以外に使用しません。

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