**申し込み期限　１月３１日（金）**

**E-mail:**[**nanbyou-c@un.tsukuba.ac.jp**](mailto:nanbyou-c@un.tsukuba.ac.jp)

**FAX　： ０２９－８５３－７５８１**

**筑波大学附属病院　難病医療センター　行**

**難病医療講演会（2月9日（日）開催)参加申込書**

ご所属機関名：

ご担当者氏名：

ご連絡先：（TEL:　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**※災害や天候不良により中止させていただく場合等にご連絡させていただくためのものです。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 課（科・室）名 | 職名 | （ふりがな）  参加者名 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |

|  |
| --- |
| 【事前質問】 |