**FAX　送付状**

送付日：

**申込締切日**

**7/２４（月）**

※各研修会の申込み後の変更等については難病相談・支援センターにご連絡ください。

送付先：０９２－６４３－１３８９

　福岡県難病相談・支援センター　宛

［学校・園名］

［学校長・園長名］

［郵便番号］

［住所］

　TEL:　　　　　　　　　　／FAX：

※参加をされる日程のところに出席者名、職種の記入をお願いいたします。

　定員に達し、受付できない場合はご連絡いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ７/３１（月） | 出席者名 | 職種 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ８/４（金） | 出席者名 | 職種 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ８/２５（金） | 出席者名 | 職種 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

先生にお尋ねしたい事がありましたらご記入ください。

※第３回につきましては、グループワークの予定ですので先生にお尋ねしたいこと、他所属の方と意見交換したい事等この機会をぜひご活用ください。

＜お問い合わせ先＞

福岡県難病相談・支援センター（福岡県難病医療連絡協議会）

〒８１２-８５８２　福岡市東区馬出３-１-１

九州大学医学部神経内科内（北棟２階）

TEL 092-643-1390（直通）FAX 092-643-1389

Email:kodomo@fnanbyou-c.org