

IBD 講演会 参加申込み

送付先:	厚木保健福祉事務所大和センター 保健予防課 井上 宛		
FAX 番号:	046-261-7129	電話番号:	046-261-2948

参加者

参加者名	本人・家族・他	お住まいの市	電話番号・メールアドレス	オンライン・会場	後日オンライン希望
	本人・家族・他 ()	大和市・綾瀬市・他 ()		オンライン・会場 ご希望の参加方法に○をつけてください。	① 11月14日(火) ② 11月22日(水) ご希望の日程に○をつけてください。
	本人・家族・他 ()	大和市・綾瀬市・他 ()		オンライン・会場 ご希望の参加方法に○をつけてください。	① 11月14日(火) ② 11月22日(水) ご希望の日程に○をつけてください。
	本人・家族・他 ()	大和市・綾瀬市・他 ()		オンライン・会場 ご希望の参加方法に○をつけてください。	① 11月14日(火) ② 11月22日(水) ご希望の日程に○をつけてください。
	本人・家族・他 ()	大和市・綾瀬市・他 ()		オンライン・会場 ご希望の参加方法に○をつけてください。	① 11月14日(火) ② 11月22日(水) ご希望の日程に○をつけてください。
	本人・家族・他 ()	大和市・綾瀬市・他 ()		オンライン・会場 ご希望の参加方法に○をつけてください。	① 11月14日(火) ② 11月22日(水) ご希望の日程に○をつけてください。

定員を上回った場合は、お断りさせていただくことがあります。

★講師への質問事項がありましたら、ご記入ください。

()

※送信票は不要です。このままお送りください。