

お申込みFAX番号 03-6438-2851

第10回(2012年度第5回)県外避難者支援フォーラム 参加お申込み書

ふりがな		性別	男 女	年齢	歳
氏名		所属・職業 (勤務先等)			
ふりがな					
住所	〒				
TEL		FAX			
e-mail					

ふりがな		性別	男 女	年齢	歳
氏名		所属・職業 (勤務先等)			
ふりがな					
住所	〒				
TEL		FAX			
e-mail					

ふりがな		性別	男 女	年齢	歳
氏名		所属・職業 (勤務先等)			
ふりがな					
住所	〒				
TEL		FAX			
e-mail					

お申込み方法

上記用紙にご記入の上、ファックスにてお申込みください。
(定員になり次第、締め切りとさせていただきます。)

FAX番号 03-6438-2851

※申込に際し記入いただいた情報は、フォーラム参加手続き及び医療ネットワーク支援センターからの情報提供の目的以外には利用いたしません。

お問い合わせ

厚生労働省認定 認定個人情報保護団体
内閣府認証 特定非営利活動法人

医療ネットワーク支援センター (担当: 高杉、山岸)

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷3-12-1-302

TEL: 03-6438-2852 FAX: 03-6438-2851

e-mail: info@medical-bank.org

■「医療ネットワーク支援センター」ホームページ <http://www.medical-bank.org/>

■東日本大震災復興支援healthaidプロジェクト活動報告サイト <http://h-aid.jp/>