

# 第1回 LAM フォーラム参加申込書(患者・家族・一般用)

この申込書はJ-LAMの会HP (<http://j-lam.net>) からダウンロードできます。  
医療関係の皆様は「医療関係者用の参加申込書」をご利用ください。

◇申込み先…J-LAMの会

メール: ikeda@j-lam.net または FAX: 03-5787-7300

◇問い合わせ…J-LAMの会代表携帯 TEL: 070-5582-5633 (夜間)

## 申込み締め切り: 2014年10月26日(日) 必着

★当日の受付はありません。参加ご希望の方は、必ず事前にこの参加申込書に必要項目を記入し、上記までお申込みください。

★多くの方に参加していただくため、ご家族で参加される場合は3名までとさせていただきます。

★弊会より参加確認の連絡(メール又はFAX)をいたします。連絡が来ない場合は、代表携帯まで問い合わせてください。

◆必要な項目に○をつけるか、必要外の項目を削除してください。 申込日: 2014年 月 日

|  |   |
|--|---|
| ふりがな :<br>氏 名 :  | ◆区分→ 患者 ・ 家族 ・ 一般<br>◆J-LAMの会会員→ 会員 ・ 会員外 |
| ふりがな :<br>氏 名 :  | ◆区分→ 患者 ・ 家族 ・ 一般<br>◆J-LAMの会会員→ 会員 ・ 会員外 |
| ふりがな :<br>氏 名 :  | ◆区分→ 患者 ・ 家族 ・ 一般<br>◆J-LAMの会会員→ 会員 ・ 会員外 |
| ★申し込み代表者連絡先<br>○住所: 〒 -<br><br>○連絡先TEL : ( )<br>○携帯TEL (緊急連絡の際に使用します) : ( )  |   |
| ★以下は患者さんのみご記入ください。<br>○酸素ポンベの用意 : 必要 ・ 不要 ○在宅酸素療法酸素流量 : _____ (l/min):<br>○酸素供給源 : ポンベ ・ 液体酸素 ○酸素業者名<br>○車椅子の持ち込み: 有 ・ 無<br>* 酸素の手配について<br>・ 勉強会の会場では、主催者で酸素ポンベを用意します。行き帰りは各自でご準備ください。 |   |
| ★参加に際してご連絡事項がありましたらご記入ください   |   |

<勉強会の講演者に聞きたいことがありましたらご記入ください>