第１回LAMフォーラム参加申込書（医療関係者用）

**この申込書はＪ－ＬＡＭの会ＨＰ（http://j-lam.net）からもダウンロードできます。**

**患者・家族・一般の皆様は「患者・家族・一般用の参加申込書」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　：**  **氏　　　名：** | **◆所属：**  **◆職業：** |
| **ふりがな　：**  **氏　　　名：** | **◆所属：**  **◆職業：** |
| **ふりがな　：**  **氏　　　名：** | **◆所属：**  **◆職業：** |
| **ふりがな　：**  **氏　　　名：** | **◆所属：**  **◆職業：** |
| **★申し込み代表者連絡先**  **○住所：〒　　　-**  **○連絡先ＴＥＬ　： 　( )**  **○携帯ＴＥＬ（緊急連絡の際に使用します）　： 　( )** | |
| **★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＞**