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）からも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　：**  **氏　　　名：** | **◆区分→　患者　・　家族　・　一般**  **◆Ｊ－ＬＡＭの会会員→　　会員　・　会員外** |
| **ふりがな　：**  **氏　　　名：** | **◆区分→　患者　・　家族　・　一般**  **◆Ｊ－ＬＡＭの会会員→　　会員　・　会員外** |
| **ふりがな　：**  **氏　　　名：** | **◆区分→　患者　・　家族　・　一般**  **◆Ｊ－ＬＡＭの会会員→　　会員　・　会員外** |
| **★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）　： 　( )** | |
| **★以下は患者さんのみご記入ください。**  **○酸素ボンベの用意　： 　必要　・　不要 　○在宅酸素療法酸素流量　：　　　　　　（l/min）：**  **○酸素供給源　：　ボンベ ・　液体酸素 ○酸素業者名**  **○車椅子の持ち込み：　有　・　無**  **＊酸素の手配について**  **・勉強会の会場では、主催者で酸素ボンベを用意します。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＞**