

FAX番号：0946-24-9260 山口あて

令和6年度
「炎症性腸疾患で治療中のお子様と家族の集い」申込書

小児慢性特定疾病のお子様のお名前	参加される保護者（氏名）・お子様（氏名・年齢）
ふりがな	ふりがな
	ふりがな ()歳
お住まいの市町村名	TEL 日中の連絡先
困っていることや、講師の先生にお尋ねになりたいことがあれば、ご記入ください	

申込み締切 令和6年11月6日（水）

* 申込み多数の場合は先着順とさせていただきますのでご了承ください

【地図】

