参加申込書

**神奈川リンパ浮腫研究会事務局宛て**

**FAX 045-783-5351**

**参加ご希望の方は必要事項をご記入の上、**

**開催日２日前までに事務局までＦＡＸをお願いいたします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 御施設名 | 御芳名 | 職種・所属 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

**\***お預かりいたしました個人情報につきましては、本目的以外には利用致しません。

 　　個人情報保護法に基づき、適切に管理させていただきます。