

「がんゲノム医療と患者力」

参加申込書

2人以上お申し込みの場合、それぞれ一人ずつ書いてお申込みください。

お名前	
お住まい	奈良県内()市・町・村
	奈良県外()府・県
お電話番号	
あなたのお立場	患者 家族(含む 遺族) 一般 医療関係者 福祉関係者 行政 その他() 答えたくない

ご質問

(あればお書き下さい。時間の都合上すべての質問にお答えできない場合もあることをご了承ください。)

--

FAXの場合	0743-53-5828 奈良がんピアサポートなぎの会
電話の場合	非通知設定解除の上メッセージにて
郵送の場合	お名前・お住まい・お電話番号・お立場をご連絡ください 〒639-1001 奈良県大和郡山市九条町512-20 奈良がんピアサポートなぎの会

※当日奈良県北部に警報が発表されているときは中止します。

ただし12時までに解除されたときは開催します。この場合若干の内容変更もあり得ます。