

第2回 LAM フォーラム参加申込書

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

◇申込み先…J-LAMの会 メール：ikedaj-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 (19時以降にお願いします。)

申込み締め切り：2015年9月25日(金) 必着

★当日受付はありません。この参加申込書に必要な項目を記入し、上記までにお申込みください。

★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。

お子さんの参加については事前にお問い合わせください。

★**重要** 申込まれた方には、弊会より受付確認の連絡(メール又はFAX)をいたします。YahooやGoogleなどのフリーメールから送信される場合、申込みメールが届かないことがありますのでご注意ください。また、FAXにて申込みをされる場合は返信先のFAX番号を必ずご記入ください。なお、申込みから1週間が過ぎても受付確認の連絡が来ない場合は、申込みメールやFAXが届いていない事が考えられます。代表携帯まで必ず問い合わせをしてください。

★記載された個人情報はフォーラムの運営のためだけに利用いたします。

申込日：2015年 月 日 ◆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。

ふりがな : 氏 名 :	◆一般→ 患者 ・ 家族 ・ 医療関係者 □J-LAMの会会員→ 患者・家族・賛助
ふりがな : 氏 名 :	◆一般→ 患者 ・ 家族 ・ 医療関係者 □J-LAMの会会員→ 患者・家族・賛助
ふりがな : 氏 名 :	◆一般→ 患者 ・ 家族 ・ 医療関係者 □J-LAMの会会員→ 患者・家族・賛助
★申し込み代表者連絡先 ○連絡先TEL番号 () ○返信先FAX番号 (FAX申込みの方は必ず) () ○携帯TEL番号 (緊急連絡の際に使用します) () ◇所属 (医療関係者のみ)	
★ <u>以下は患者さんのみご記入ください。</u> <酸素ポンベの用意> 必要 ・ 不要 <酸素業者名> _____ <在宅酸素療法酸素流量> _____ (l/min) <酸素供給源> ポンベ ・ 液体酸素 *フォーラム会場では、主催者で酸素の手配をします。行き帰りの酸素は各自でご準備ください。 <車椅子の持ち込み> 有 ・ 無	
★連絡事項や講演内容に関するご質問がありましたらご記入ください	