第３回　先天代謝異常症患者会フォーラム

【Web 参加者用　参加申込書】

日時：2014 年 11 月 9 日（日）10：00～16：00

場所：TKP ガーデンシティ品川　ボールルームイースト

下記の必要事項をご記入いただき、事務局までお送りください。* は必須事項です。
FAX／メール／郵送、いずれの方法でも可能です。

*お名前		ふりがな
*ご所属		（所属機関名／患者家族会名）
ご連絡先	お電話番号	ー　（　　）　ー
	*e-mail	@
*Web 参加時のお名前（入室時に必要です。公開チャットに記入した場合、他の Web 参加者にも見えます）		

*ご記入いただきましたメールアドレスに、登録完了と Web 参加方法のご案内をお送りします。

- 送り先
  - FAX：03-3417-2238／03-6734-1946
  - メール：jasmin-mcbank@ncchd.go.jp
  - 郵送：〒157-8535　東京都世田谷区大蔵 2-10-1
    （独）国立成育医療研究センター　臨床検査部　徐　朱珐

先天代謝異常症患者会フォーラム事務局
担当：徐　朱珐（そ　じゅひょん）
二階堂　麻莉（にかいどう　まり）
（独）国立成育医療研究センター　臨床検査部
〒157-8535　東京都世田谷区大蔵 2-10-1
TEL：03 - 3416 - 0181（内線 7736）　FAX：03 - 6734 - 1946
E-mail：jasmin-mcbank@ncchd.go.jp