**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 | 　　　　　　－　（　　　　　）　－ |
| **\***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　朱玹

**先天代謝異常症患者会フォーラム事務局**

担当：徐　朱玹（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