**第3回　先天代謝異常症患者会フォーラム**

**【会場参加者用　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 | 　　　　　　　　　　　　　　@ |
| 昼食【意見交換会】ラウンドテーブルディスカッションの希望テーマ* デーブルごとに決められたテーマについて、参加者同士で話し合います。
* ご希望のテーマの番号をお書きください。3つまで選択可能です。
* 参加者が集中する場合は、早めに締め切らせていただく場合がございます。

第1希望：（　　　　　　　）第2希望：（　　　　　　　）第3希望：（　　　　　　　） |
| **1.**専門医との出会い方・主治医との付き合い方　　　**2.**複数の診療科間の連携・チーム医療**3.**日常生活・介護　　**4．**診断と治療、スクリーニング（疾患名:　　　　　　　　　　　）　　　　**5.** 就学・就労（自立を目指す成人患者の生活の悩み）**6.**医療費助成・公的支援**7.**食事療法　　　　**8.**家族や周囲からの理解、サポート　　　　**9.**本人への病気の伝え方**10.**次の子やきょうだいの悩み　　　　　　　　　　**11.**患者会活動**12**.その他（直接ご記入ください：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

\*ご記入いただきましたメールアドレスに登録完了のお知らせをお送りします。

【送り先】**先天代謝異常症患者会フォーラム事務局**

FAX／メール／郵送、いずれの方法でも可能です。

**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