

「学習懇談会 in 新潟」交流親睦会参加申込書

交流親睦会申込先FAX番号：050-3156-7048

日本乾癬患者連合会主催9月8日(土)開催の交流親睦会に参加したく申し込みいたします

申込日： 月 日

参加者氏名		性別	男・女
同伴者氏名		性別	男・女
ご住所	〒		
電話番号	()	FAX	()
携帯電話	()	↑FAXによる連絡希望↑	
所属 <small>会員・非会員問わず どなたでも参加できます</small>	<input type="checkbox"/> 患者会には所属していない <input type="checkbox"/> 患者会に所属している () <input type="checkbox"/> 乾癬学会出席者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考			
交流親睦会 開催会場	新潟東映ホテル 宴会場	〒950-0901 新潟県新潟市中央区弁天2-1-6 TEL:025-244-7101	

※FAX以外でも申込みできます

ネット申込：http://jpa1029.com/

郵送先：〒004-0882

札幌市清田区平岡公園東3丁目9-3

日本乾癬患者連合会交流親睦会係

※問い合わせ先 電話：011-303-9912 (佐々木まで)

※ご注意事項

◎参加お申込み期限は、**8月末迄**となります。

◎親睦会当日の急なキャンセルや、連絡なく欠席された場合につきましては、会場予約の都合上、実費をご負担頂く場合があります。

◎参加申込書の個人情報につきましては、あくまでも懇親会予約の為の情報とし同業務以外の使用は一切致しません。また、親睦会終了後には全てシュレッターにて破碎し破棄いたします。

◎営利目的や科学的根拠の乏しい療法等の宣伝、勧誘を全て禁止しています。