



締切日 11月28日(金)

FAX 046-822-4874

※申込者が定員を上回った場合のみ、保健所からご連絡いたします。

膠原病講演会申し込み

参加者氏名	年齢	リウマチのご本人またはご家族の病名	続柄	電話番号
	歳	1 若年性特発性関節炎 (JIA) 2 関節型リウマチ 3 全身型リウマチ 4 悪性関節リウマチ 5 その他 ()	1 本人 2 家族 3 その他 ()	
	歳	1 若年性特発性関節炎 (JIA) 2 関節型リウマチ 3 全身型リウマチ 4 悪性関節リウマチ 5 その他 ()	1 本人 2 家族 3 その他 ()	

講演会に参加される方へ。事前アンケートにご協力をお願いします。

◇膠原病講演会をどのように知りましたか？該当箇所に○をお願いします。

横須賀市 HP ・ LINE ・ チラシ ・ その他()

◇現在の困りごとなど、講演会で先生に聞いてみたいことはありますか？

リウマチ相談会申し込み (希望者のみ抽選3組。1組15分)

相談者	本人・家族・その他()
主治医	
相談内容	罹患歴： 年前位から、または 歳くらいから (以下、自由記載)