

# 令和8年度小児慢性特定疾病講演会

(番号にお間違えのないよう、ご注意ください。)

送信先 ファクシミリ:**0463-35-4025** (送信票不要)  
神奈川県 平塚保健福祉事務所 保健福祉課 行

所属(施設)名	
氏名	
参加者	本人・保護者・関係者 ( )
電話番号	
電子メールアドレス Zoom参加URL送付用	
講演会を知ったきっかけ	
講師に聞きたいこと	
氏名	
参加者	本人・保護者・関係者 ( )
電話番号	
電子メールアドレス Zoom参加URL送付用	
講演会を知ったきっかけ	
講師に聞きたいこと	

枠が足りない場合はこの用紙を複写してFAXしてください。