

武田薬品工業株式会社 湘南研究所

交流会 参加申込書

メールアドレス：daihyo@als-kanagawa.org

FAX番号 : 045-330-6999

ALS当事者の氏名 : _____

住所（任意） : _____

サポーターを含めた人数 : _____

連絡先（必須）

電話 : _____

メールアドレス : _____

人工呼吸器装着の有無 : _____

ラボツアーの参加希望の有無 : _____

その他（ご自由に記載ください）

連絡先：日本ALS協会神奈川県支部事務局

TEL: 045-843-6690

不在の場合は支部携帯に転送されますので、
伝言を残してください