

医療講演会 & 個別相談会申込用紙

FAX 096-206-7555

申込期限：11月30日(土)

●申込者

氏名	
疾患名	潰瘍性大腸炎 ・ クローン病
	患者 ・ 家族 ・ その他 ()

●医療講演会申込み

医療講演会の参加希望	参加する ・ 参加しない
------------	--------------

●個別相談会申込み (個別相談をお申込みいただいた方にはこちらからご連絡いたします)

連絡先 (電話番号又は Eメールアドレス)	
相談希望時間帯 (希望時間を○で囲んで下さい)	10:00~10:30 ・ 10:30~11:00 11:00~11:30 ・ 11:30~12:00
相談内容 (相談したい方を○で囲んで下さい) <u>各 先着 4 名様</u>	栄養士 ・ 薬剤師 ・ 社会福祉士 (制度) ・ 就労相談 ◎相談内容

●申込方法

FAX 096-206-7555(大腸肛門病センター高野病院 患者支援センター)
E-mail kumamoto.ibd@gmail.com(上記内容をメールでお送り下さい)

●交通・アクセス

車でお越しの方：
駐車場はありますが台数に限りがありますので、
できるだけ公共交通機関をご利用下さい。
市電・バスでお越しの方：
市電・バス『交通局前』停留所より徒歩1分です。

お問い合わせ先：熊本IBD事務局
TEL：090-2584-7699(17時~20時)
E-mail：kumamoto.ibd@gmail.com

