

## 患者・家族の会などの申込用紙

第 24 回日本外来小児科学会年次集会（大阪）

貴団体の名称		
特別な配慮	(人工呼吸器や吸入・吸引器用の電源が必要な場合など、お教えください。 できるだけ配慮致します。)	
展 示 担 当 者	代表氏名	
	担当者数	8月30日( )名、 31日( )名  (2日間ですので、担当される方の入れ替わりはOKです。学会参加者と別のネームカードを配布します。原則、3名分のネームカードをご用意します。増員必要な場合は考慮しますので、お教え下さい。)
	お弁当必要数	8月30日( )個、 31日( )個  (2日間共、展示担当者のための昼食用のお弁当を無料でご用意致します。遠慮なくご記入下さい。)
連 絡 先	住所	〒
	電話	
	ファックス	( )
	電子メール	( )

- ・ ご希望の連絡方法（ファックスか電子メール）に、(○)をお願いします。
- ・ 申込用紙は、takechanespid@gmail.com へメールいただくか、075-366-5595 へファックスしてください。