**参加ご希望の方は、申し込み方法が３通りございます。**

**１.**下記のメールアドレスから**① ② ③** を入力しお申し込みください。

1. 氏名・疾患名・同伴者名　② 就労についての相談内容　③ 連絡先(住所・電話・FAX)

**２.**福島県難病相談支援センターHP末尾のお問い合わせ・アクセスのメールアドレスからも

* 1. **② ③** を入力の上お申込みいただけます。

**３.**この用紙に記入の上，下記あてに郵送又はＦＡＸ・メールでのお申し込みも受け付けております。

|  |
| --- |
| 【送付先】　　〒960-8670福島県杉妻町２－１６本庁舎1階福島県難病相談支援センター：担当　横山　清水　宛【ＦＡＸ】　　０２４－５２１－２８２９【Ｅ－mail】　　**nanbyou\_center@pref.fukushima.lg.jp** |

難病医療・就労相談会参加申込書

【難病の方の就労支援について】

（　　）講話のみ参加する

（　　）講話・相談会に参加する

＊参加するほうに、（　）内に〇を付けて下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加される方の御氏名 | 本人 |  （年齢） |
| 疾患名 |  |
| 同伴者氏名 |  |
| 就労について相談したいこと（相談会参加希望の方は相談内容をご記入ください） |  |
| 連絡事項等 | オンライン開催でのご要望がありましたら記入してください。 |
| 申込者の連絡先 | 〒電話：ＦＡＸ：e-mailアドレス： |

＊申し込みいただいた個人情報は、講演会のみに使用し、厳重に管理いたします。