

医療講演会参加申込書 [患者[PD/ALS]・家族・医師・その他]

代表者氏名(ふりがな) _____

参加者数 名【車いすでお越しの方 名、会場の車いす利用希望 名】

代表者の携帯電話 TEL: _____

住所 宮崎県 市 町

(1)定員 500 名になり次第、参加申込みは締め切ります。

(2)参加費は無料です。

事前質問の受付について

パーキンソン病とALSに関する遺伝子治療研究の質問を事前に受け講演会の中で答えていただきます。お一人様何問でも結構です。書ききれない場合は、別様式に質問事項を簡潔に記入して講演会事務局まで郵送・FAX・メール・ショートメールにて1月20日までに送付ください。

講演会の中でお答えします。講演会に参加されない方への回答はいたしかねますのでご了承ください。

医療関係者からの専門的質問も歓迎いたします。