

令和7年度難病医療講演会 FAX申し込み書

F A X 0 4 - 7 1 6 7 - 1 7 3 2

FAXで申し込みの際は、下記の表にご記入いただき、お申込みください

氏名	参加者 □へチェック	交流会 いずれかに○ 患者さま又は ご家族のみ	年代 例:40代	電話番号 日中連絡の取れる番号	メールアドレス
ふりがな	☐ 患者様ご本人 ☐ ご家族の方 ☐ 関係者() ☐ 関心のある方	参加 不参加	代		
ふりがな	☐ 患者様ご本人 ☐ ご家族の方 ☐ 関係者() ☐ 関心のある方	参加 不参加	代		

講師へ聞きたいことがあればご記入ください

※全ての質問に回答できるわけではございませんので、予めご了承ください

患者さまへ アンケートのご協力をお願いします(任意)

※講師が講演内容の参考資料とします

個人が特定されることのないよう配慮した上で、講師へ情報提供 いたします

賛同いただける方のみお答えください

1. 発症年齢	2. 現在の内服薬 飲んでいる薬を(可能な限り)全て記入してください
歳	

FAXで申し込みが難しい場合はお電話より上記の内容をお伝えください

柏市保健予防課 TEL 04-7167-1254

交通のご案内



徒歩

北柏駅南口から徒歩20分



バス

柏駅東口から 阪東バス3番乗り場より

- ・ウェルネス柏行きバスで終点下車
- ・慈恵医大柏病院行バスで「柏ふるさと公園入口」で下車、徒歩3分

北柏駅南口から 阪東バス4番乗り場より

- ・慈恵医大柏病院行バスで終点下車徒歩7分



お車

ウェルネス柏併設の駐車場あり

駐車場に限りがあるため公共機関のご利用にご協力ください

