申込みは令和7年1月15 日～2月4日迄

FAX 096-371-5172

熊本市保健所 医療対策課 難病対策班 本田 行

以下にご記入後 FAX 送信してください

①お名前を記入してください

（名前
ふりがな）

②電話番号を記入してください（　　－　　－　　）

③メールアドレスを記入してください

（　　@　　）

④生年月日を記入してください（　　年　　月　　日生まれ）

⑤患者さんとの続柄を教えてください

□本人　□家族 □支援者 □その他（　　）

⑥お住まいの区を教えてください

□熊本市東区 □熊本市西区 □熊本市南区 □熊本市北区

□熊本市中央区 □熊本市外

⑦この講演会・相談会を何で知りましたか（複数回答可）

□熊本市ホームページ □熊本市 LINE □市政だより

□熊本市役所の掲示板 □郵便で届いたチラシ

□医療機関のホームページ □かかりつけ医の紹介

□家族の紹介 □知人の紹介 □その他（　　）

⑧先生に質問したいことがありましたらご記入ください

（　　）