

## FAX参加申込書

名前	職種 ※1	気になる事・聞いてみたい等ご記入ください
住所	〒	市・郡
	電話 ( )	Fax ( )
団体名		

※1. 職種 具体的に記入していただくと助かります

{ 患者 ・ 家族 ・ ヘルパー ・ 看護師 ・ 医師 ・ PT/OT/ST  
地方公共団体職員 ・ 福祉系職員 ・ ケアマネージャー ・ 学生 など }

申込期日 令和7年3月17日

**FAX番号 089-985-1070**

事務局長 佐々木和雄

メールでお申し込みの場合 アドレス : [jalsa-ehime@kb4.so-net.ne.jp](mailto:jalsa-ehime@kb4.so-net.ne.jp)

団体名・連絡先・氏名・職種・質問等をご記入下さい

●お問合せ先

日本ALS協会愛媛県支部

事務局 久保 尚 (たかし) 方

電話番号 : 089-984-8854

メールアドレス : [jalsa-ehime@kb4.so-net.ne.jp](mailto:jalsa-ehime@kb4.so-net.ne.jp)

ホームページ : <https://jalsa-ehime.org> (新ホームページ)