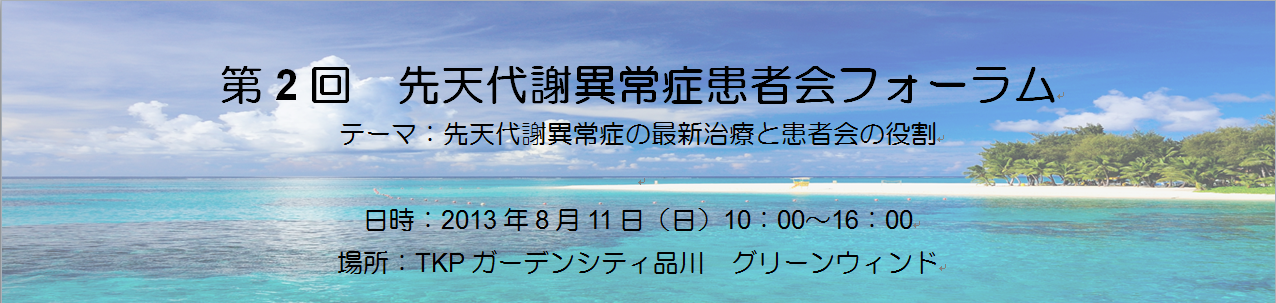
****

**【参加申込書】**

下記の必要事項をご記入し事務局までお送りください。

FAX／メール／郵送どちらも可能です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\***お名前 | | ふりがな |
| **\***ご所属 | | （所属機関名／患者家族会名） |
| ご連絡先 | お電話番号 | （　　　　　）　　　　　　－ |
| **\***e-mail | @ |

**\*必須**

\*ご記入いただきましたメールアドレスに登録完了のお知らせをお送りします。

* 送り先
  + FAX：03-3417-2238
  + メール：jasmin-mcbank@ncchd.go.jp
  + 郵送：〒157-8535　東京都世田谷区大蔵2-10-1

（独）国立成育医療研究センター　臨床検査部　徐　朱玹

**先天代謝異常症患者会フォーラム事務局**

担当：徐　朱玹（そ　じゅひょん）

（独）国立成育医療研究センター　臨床検査部

〒157-8535　東京都世田谷区大蔵2－10－1

TEL：03‐3416‐0181（内線7736）FAX：03‐3417‐2238

E-mail : jasmin-mcbank@ncchd.go.jp

