

第45回大阪乾癬患者友の会 学習懇談会・総会 参加申込書

氏名	必須	
Mail	Mailは必須	
患者会会員	必須	大阪会員 他会会員 () 会員外
住所地	必須	都道府県
住所地	任意	
備考		

☆参加申し込みは極力Mailにてお願いいたします。

☆郵送の場合は下記送付先をお願いいたします。

事務局 〒550-0006 大阪府大阪市西区江之子島2丁目1-54 日本生命病院 皮膚科
大阪乾癬患者友の会事務局東山眞里宛