



FAX : 092-325-1675

●氏名（複数可）	
●連絡先 （メールかFAX）	
●立場 （患者・家族・医療関係・ケア専門など）	
●住所（区・市）	

申込先：DLBSN福岡代表 下村順子

MAIL : [simoken@proof.ocn.ne.jp](mailto:simoken@proof.ocn.ne.jp)

※下の4項目を必ず記載してください。

- ①氏名
- ②連絡先（アドレスまたはFAX）
- ③立場（患者・家族・医療関係・ケア専門）
- ④住所地（区・市）