

# 出生前診断ワークショップの申込書

FAX：048-857-5161

FAX送り先：神経筋疾患ネットワーク関東事務所  
(自立生活センターくればす気付)

申込〆切：2月5日（水）

お名前	
お電話番号	
メールアドレス	
所属団体	
障害名	
主催者からのお知らせ	ワークショップが行われている間は 介助者の方は待機になります。 どうしても同席が必要な場合は 右記に〇を付けてください。  はい
参加されるにあたり、 留意してほしい事など ありましたら、お書き ください。	