出生前診断を考える座談会　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局
（自立生活センターくれぱす気付）

申込〆切：7月1日（金）

名前		
電話番号		
メールアドレス		
所属団体		
障害名		
情報保障の必要な方	点字資料・要約筆記・手話通訳・その他（　　）	
介助者	有(〇名)・無	備考
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。		