

☆☆☆ 賛同します ☆☆☆

ふりがな	
氏 名	
住 所	
1. 医師・歯科医師 2. 看護師 3. コメディカル(職種:) 4. 介護・福祉関係者 5. 学生(医学・看護・介護・福祉分野) 6. 市民 ※1～6の いずれかに○をつけてください。	
所属(肩書きなど)※ 公表可の場合ご記入下さい。	

ふりがな	
氏 名	
住 所	
1. 医師・歯科医師 2. 看護師 3. コメディカル(職種:) 4. 介護・福祉関係者 5. 学生(医学・看護・介護・福祉分野) 6. 市民 ※1～6の いずれかに○をつけてください。	
所属(肩書きなど)※ 公表可の場合ご記入下さい。	

ふりがな	
氏 名	
住 所	
1. 医師・歯科医師 2. 看護師 3. コメディカル(職種:) 4. 介護・福祉関係者 5. 学生(医学・看護・介護・福祉分野) 6. 市民 ※1～6の いずれかに○をつけてください。	
所属(肩書きなど)※ 公表可の場合ご記入下さい。	

ふりがな	
氏 名	
住 所	
1. 医師・歯科医師 2. 看護師 3. コメディカル(職種:) 4. 介護・福祉関係者 5. 学生(医学・看護・介護・福祉分野) 6. 市民 ※1～6の いずれかに○をつけてください。	
所属(肩書きなど)※ 公表可の場合ご記入下さい。	

ふりがな	
氏 名	
住 所	
1. 医師・歯科医師 2. 看護師 3. コメディカル(職種:) 4. 介護・福祉関係者 5. 学生(医学・看護・介護・福祉分野) 6. 市民 ※1～6の いずれかに○をつけてください。	
所属(肩書きなど)※ 公表可の場合ご記入下さい。	

署名いただいた用紙は担当者にお渡し頂くか、直接事務局宛 **0470-44-5302** にFAXください。
氏名(公表可の方は所属も)のみ、ホームページ上に掲載させていただきます。
事務局：千葉県南房総市千倉町白子2446 花の谷クリニック内