

# FAX 申込書

# FAX: 03-3344-4876

## 「市民公開講座・伊丹 係」あて

氏 名		年 齢	
TEL		人 数	
住 所	〒		

**講師への質問事項** (関節痛について、聞いてみたいことをお書きください。講演内容にできるだけ反映させていただきます。但し、すべてのご質問に回答することはできませんので予めご了承ください)

\*お申込みの際の情報は、当イベントの参加者管理目的にのみ使用いたします。  
当イベントの事務局以外の団体・個人等の第三者に対して、この情報を開示・提供することは一切ありません。

共催：伊丹市医師会整形外科医会 ジンマー株式会社 後援：伊丹市医師会 伊丹市