自己免疫疾患研究班・全身性強皮症研究班 合同開催

シェーグレン症候群

全身性強皮症

多発性筋炎皮膚筋炎

厚生労働省
難病研究班の取り組み

若年性特発性関節炎
成人発症スチル病

混合性結合組織病

全身性エリテマトーデス

医療講演会

日時：2024 年 9 月 1 日（日）～ 30 日（月）

場所：オンデマンド配信

参加登録について

https://forms.office.com/r/JmxibV9zYs

受付期間：2024 年 7 月 1 日（月）～9 月 30 日（月）

① WEB でのお申し込み

② FAX でのお申し込み（裏面の登録票をご利用ください）

参加費 無料

事前アンケートについて

アンケート締切：2024 年 7 月 31 日（水）

オンデマンドでお聞きになりたい内容、本講演に期待すること、質問をお寄せください。
講演内容の参考にいたします。

過去の講演会は YouTube で公開中です

■ お問い合わせ■

株式会社コンベンションプラス内　医療講演会 運営事務局

Email：ad2024_cp@convention-plus.com

自己免疫疾患研究班・全身性強皮症研究班 合同開催

医療講演会

オンデマンド視聴期間：2024 年 9 月 1 日（日）～30 日（月）

参加登録票・事前アンケート

1. 都道府県・性別・ご年齢・お名前・Email アドレス

参加者	都道府県 （必須）	年齢 （必須）	氏名　＊任意	性別	メールアドレス
例	東京都	20 代 ＊○○代で ご記入ください	東京　太郎	男 女 回答しない	○○ @ ● .jp ＊ご視聴 URL 送付用です
1					
2					
3					
4					
5					

2. 参加希望のテーマに○をつけてください

・全身性エリテマトーデス　・シェーグレン症候群　・混合性結合組織病
・多発性筋炎 / 皮膚筋炎　・若年性特発性関節炎 / 成人発症スチル病　・全身性強皮症

3. オンデマンド配信でお聞きになりたい内容、本講演会に期待すること、質問をお教えください。箇条書きでご記載ください。講演内容の参考にいたします

[　　]

ご協力ありがとうございました。なお、ご記入いただいた個人情報・アンケート結果は本講演会のみに利用し、第三者に提供・開示することは一切ありません。

送付先 FAX：03-6837-5339　（株式会社コンベンションプラス内 運営事務局 吉野宛）