

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

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 *〇〇代で ご記入ください	東京 太郎	男 女 回答しない	〇〇@●.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、 質問をお教えてください。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）