CQ担当応募用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 携帯電話番号 |  |
| E-mailアドレス |  |
| 分担希望のCQ番号 |  |

CQは複数選択可

送付先

一般社団法人日本線維筋痛症学会事務局

FAX：03-3580-8533

E-mail：[jcfi.office@jcfi.jp](mailto:jcfi.office@jcfi.jp)