

# 公開シンポジウム参加登録フォーム

**\* 必須**

ふりがな \*

---

氏名 \*

---

お住まいの都道府県 \*

---

※ アンケートにご協力ください

あなたの立場は？（複数選択可能）

- 患者
- 医療者
- 家族
- メーカー
- その他（\_\_\_\_\_）

年齢

- 20歳未満
- 20歳代
- 30歳代
- 40歳代
- 50歳代
- 60歳代以上