

医療講演会

オンデマンド視聴期間：2025 年 9 月 1 日（月）～30 日（火）

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。