

# ミトコンドリア病

～病態と診断・治療について～



日時  
会場

令和7年10月7日(火)

午後2時～4時 (開場1時30分～)

中区役所 本館 6階 601・602会議室

講師

横浜市立大学附属市民総合医療センター  
脳神経内科 講師

國井 美紗子 医師



対象

横浜市にお住まいの  
患者様とご家族様等 30人

申込  
方法

9月8日(月)9:00～電話・FAXで受付開始(申込先  
着順)

講演会後の個別相談(3分程度)をご希望の方は併せてお申し  
込みください

所在地:〒231-0021 横浜市中区日本大通35番地

アクセス:JR関内駅(南口)より徒歩7分

市営地下鉄関内駅(1番出口)より徒歩7分

みなとみらい線日本大通り駅(3番出口)より徒歩4分

※駐車場には限りがあります。公共交通機関でお越しください



申込・問合せ

中福祉保健センター 高齢・障害支援課 難病事業担当

電話:045-224-8167 FAX:045-224-8159

FAX申込票  
9月8日(月)9:00～受付

中福祉保健センター 高齢・障害支援課 難病担当 行  
FAX:045-224-8159

|                              |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 「ミトコンドリア病」参加申込書 令和7年10月7日(火) |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |
| 参加者の<br>お名前<br>(ふりがな)        |                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 患者様<br><input type="checkbox"/> ご家族様<br><input type="checkbox"/> 他 |
|                              |                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 患者様<br><input type="checkbox"/> ご家族様<br><input type="checkbox"/> 他 |
| ご住所                          |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |
| ご連絡先                         |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |
| 講師への質<br>問(任意)               |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |
| アンケート                        | 講演会を何でお知りになりましたか。<br><input type="checkbox"/> ちらし <input type="checkbox"/> メールマガジン <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 他<br>個別相談を希望しますか。<br><input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |                                                                                             |

※お申込完了のご連絡は省略させていただきます。当日、直接会場へお越し下さい。  
(定員超過で、ご参加をお断りする場合又は会場に変更があった 場合のみにご連絡します。)