

高次脳機能障害支援地域相談会 相談申込

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| 参加希望日時 | 令和 年 月 日 () | | |
| 参加希望者 | フリガナ 氏名 | | <input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄) <input type="checkbox"/> その他 () |
| 参加希望者 | フリガナ 氏名 | | <input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄) <input type="checkbox"/> その他 () |
| 参加希望者 | フリガナ 氏名 | | <input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄) <input type="checkbox"/> その他 () |
| 相談のきっかけ | <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 支援センター <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| <p><御相談になりたい内容を簡単にお聞かせ下さい></p> | | | |
| <p><その他配慮事項があればご記入下さい></p> | | | |

<ご参加希望の方は>

奈良県障害者総合支援センター内 高次脳機能障害支援センターまで
FAX ・ 郵送 ・ メールにて 相談申込みをお願いします。

高次脳機能障害支援センター連絡先

住所: 奈良県磯城郡田原本町大字多722番地

電話番号: 0744-32-0205

FAX: 0744-32-0205

MEIL: narareha-koujinou@nara-sfj.or.jp

担当者 上山・河地