

## 高次脳機能障害支援地域相談会 相談申込書

参加希望日時	令和      年      月      日 (      )		
参加希望者氏名	<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 (      )		
参加希望者氏名	<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄      ) <input type="checkbox"/> その他 (      )		

相談会当日の担当者を決める参考とさせていただきますので、以下の内容にもご回答下さい。

当事者氏名			受症原因		
生年月日	昭和・平成	年      月      日(      才 )	受症日	昭和・平成	年      月      日
連絡先電話番号	自宅・携帯	(      ) -	(連絡者氏名)		
ご住所	〒      -				
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 (      )				

<御相談になりたい内容を簡単にお聞かせ下さい>

<その他配慮事項があればご記入下さい>

**<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。**

※担当者等については、後日ご連絡をさし上げます

**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 植村・河地