

ZOOMオンライン会議システムを使い、オンラインで高次脳機能障害の関する相談を希望される方は、ご記入後にMailもしくはFaxお願いします。

1. 相談を希望される方のお名前 (必須 漢字でご入力 ex奈良 太郎)

2. フリガナ (必須 カタカナでご入力 exナラ タロウ)

3. 当事者との関係 (必須 項目項目にチェックください)

当事者  家族 続柄 ( )

4. 当事者生年月日 (必須 )

5. 病気や交通事故がありましたか。

6. 電話番号 (必須 )

7. E-Mailアドレス (必須 メールにてご案内を送信します)

(確認のためにもう一度E-Mailアドレスをご入力ください)

8. 相談希望日時 (必須 ex 9月5日 13時)

【注意】相談希望日は、お申し込みされる日から3日以上後の日(土日祝日を除く)を  
時間は10時、13時、14時、15時から選んでください

第1希望

第2希望

第3希望

9. 相談したい内容(簡単な内容で大丈夫です。いくつかある場合は主なもの)  
(必須 200字以内)