

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 河地