

令和8年度 難病医療福祉相談会 申込書

1.

ふりがな 氏名	疾患名	
住所	性別 男・女	年齢 歳
電話番号 () —	現在受診している医療機関名	
ご本人様以外で相談に来られる方（家族等）の氏名 本人との続柄（ ）		
車椅子の貸し出し ☐ 要 ☐ 不要		

※来所時間については、参加申し込み受付後、こちらから個別にご案内いたします。

2. 相談したい内容の番号に○印と、その右側に相談内容等について御記入ください。
(いくつでも申込できます。)

相談したいこと	内容
1 病気や薬について	
2 リハビリ・運動について	
3 福祉について	
4 介護について	
5 食事・栄養について	
6 療養生活について	

※これらの情報は岡山県個人情報保護条例を遵守し、目的以外で使用することはありません。

締切：令和8年9月4日（金）
（郵送、電話、FAX可）

担当：岡山県真庭保健所 真庭保健課 川上
住所：〒717-8501 真庭市勝山 591
電話：0867-44-2990
FAX：0867-44-2917