令和６年度　難病医療福祉相談会　申込書

1. 相談を希望される方について御記入ください。

ふりがな **患者氏名**	**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**	
患者本人以外で相談に来られる家族等の氏名 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〇印と、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６年９月６日（金）
（郵送、電話、FAX 可）

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