

(参加ご希望の方は、この用紙に記入の上、下記あてに郵送またはFAX・メールで返送くださるようお願いいたします。)

【送付先】	〒960-8670 福島県杉妻町2-16 本庁舎1階 福島県難病相談支援センター：担当 横山 宛
【FAX】	024-521-2829
【E-mail】	nanbyou_center@pref.fukushima.lg.jp

難病医療・就労相談会参加申込書
【難病の方の就労支援について】

- () 講話のみ参加する
() 講話・相談会に参加する

*参加するほうに、() 内に○を付けて下さい。

令和 年 月 日

参加される方の御氏名	本人	(年齢)	
		疾患名	
	同伴者氏名		
就労について相談したいこと(相談会参加希望の方は相談内容をご記入ください)			
連絡事項等	オンライン開催でのご要望がありましたら記入してください。		
申込者の連絡先	〒 電話： FAX： e-mail アドレス：		

*申し込みいただいた個人情報は、講演会のみで使用し、厳重に管理いたします。