

難病患者在宅療養応援員養成研修会申込書

難病生きがいサポートセンター 行

TEL・FAX 058-214-8733

〒500-8385 岐阜市下奈良2-2-1 県福祉農業会館3階

私は 年 月 日の研修に参加します

ご自宅の住所	〒		
フリガナ			
お名前			
年 齢	(歳)		
ご自宅の 電話番号	電話番号 携帯番号		
ご自宅のFAX			
メールアドレス			
資 格		趣 味	
職場名			
職場の住所	〒		
職場の電話番号			
患者・家族	疾病名 ()		