

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 岐阜県福祉・農業会館3階

私は、令和8年12月20日の応援員養成研修に参加します

フリガナ	
氏 名	
年 齢	(歳)
住 所	〒
電話番号	ご自宅 携帯番号
メールアドレス	
資 格	
勤務先	
※患者・家族	病名
趣味・特技	

※患者さん・ご家族の方は病名をご記入下さい