R5年度 PSP･CBD講演会･交流会　参加申込

|  |  |
| --- | --- |
| お名前 |   |
| ご住所 |   |
| 連絡先電話番号 |  |
| あれば連絡先メールアドレス |  |
| PSP･CBDのぞみの会の会員ですか？ | □会員　　　　□非会員 |
| お立場（複数選択可) | 進行性核上性麻痺　　 ⇒□患者 □配偶者 □子 □兄弟姉妹 □婿･嫁 □遺族大脳皮質基底核変性症 ⇒□患者 □配偶者 □子 □兄弟姉妹 □婿･嫁 □遺族医療従事者⇒□医師　□薬剤師　□保健師　□看護師　□訪問看護師□管理栄養士･栄養士　□理学療法士　□作業療法士　□その他（　　　　　　　　　）介護福祉関係者⇒□ケアマネジャー　□介護士　□ホームヘルパー□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 車椅子使用の有無 | □車椅子使用あり　□車椅子使用なし　□その他配慮が必要なこと（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加目的 |   |
| 知りたいこと |   |
| 困っていること |   |
| 交流会で聞きたいこと聞いて欲しいこと |   |