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	