2024/１０/9　のぞみの会交流会（福岡）

参加申込み用紙

 メール　： psp-contact@googlegroups.com

 ＦＡＸ　　：　０５０－３４８８－１０１４

お名前

のぞみの会の会員ですか　　□はい　　□いいえ

お住まいの市区町村名

電話番号（できれば携帯電話の番号）

参加人数　　　　　　　　　　名

立場を教えてください（複数選択可）

 進行性核上性麻痺の　　　　　　　□患者　　□家族　　□遺族

 大脳皮質基底核変性症の　　　□患者　　□家族　　□遺族

 □医療福祉関係者

当日話したいことや聞きたいことがあればチェックをして下さい（複数選択可）

 □　病院とのかかわり方について

 □　自宅での過ごし方について（訪問医療・看護・介護など）

 □　施設利用について(デイサービスなど含む)

 □　転倒について

 □　リハビリやマッサージについて

 □　食事と栄養、嚥下について

 □　胃ろう などについて

 □　コミュニケーションについて

 □　患者さん本人や家族の頑張り、楽しみについて

 □　その他　(下記にお書きください)

一般社団法人PSP・CBDのぞみの会