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