

**FAX送信用**

**FAX番号 0246-68-8926**

日本ALS協会福島県支部事務局（いわき自立生活センター内）行き

**個別相談会参加申込書**

住 所	
電 話 番 号	
参 加 者 氏 名	
参 加 者 氏 名	

相談内容（該当する番号に丸をつけて、相談したい内容をご記入ください。）

1. 治療、治験、薬、リハビリ等、医療に関すること  
ご相談の内容（ ）
2. 在宅療養体制、24時間介護保障、自薦ヘルパーの利用等、療養全般に関すること  
内容（ ）
3. 意思伝達装置等、支援機器に関すること  
内容（ ）
4. その他（先輩患者さんに聞いてみたいこと等）  
内容（ ）