

(FAX) (送付状は不要です)

宛先：広島県西部保健所広島支所 保健課 健康増進係 行

FAX：082-511-8707 TEL：082-513-5526

## 海田地域 難病相談会・交流会 (R6.10.31 開催) 参加申込書

名前	続柄	電話番号 (日中つながる番号) 住所	支援者の方 所属 (職種)	個別相談の希望
	本人 家族 支援者	電話：( ) — 住所：府中町・海田町・熊野町・坂町 その他 ( )	所属  (職種 )	あり なし ↓ある場合、○をつけてください。 栄養相談・歯科相談、保健相談
	本人 家族 支援者	電話：( ) — 住所：府中町・海田町・熊野町・坂町 その他 ( )	所属  (職種 )	あり なし ↓ある場合、○をつけてください。 栄養相談・歯科相談、保健相談
	本人 家族 支援者	電話：( ) — 住所：府中町・海田町・熊野町・坂町 その他 ( )	所属  (職種 )	あり なし ↓ある場合、○をつけてください。 栄養相談・歯科相談、保健相談

※参加希望者の体調等を確認するために、保健師が電話確認する場合がありますので、電話番号は必ず記入してください。

事前質問や、相談したいこと等がありましたらご記入ください。

申込期限：令和6年9月30日(月)