

難病患者・家族の集い 参加申込み用紙

お申し込み期限 第1回：令和7年9月19日（金）まで
 第2回：令和7年11月18日（火）まで

※参加者の人数を把握するため、期限を設けています。

1. 参加希望日を○で囲んでください。（両方へのご参加も大歓迎です！）

第1回 9月26日（金） 和気町総合福祉センター	第2回 11月25日（火） 和気町総合福祉センター
--------------------------------	---------------------------------

2. 参加される方を○で囲んでください。

①ご本人	②ご本人及びご家族	③ご家族のみ	参加者計（ ）名
------	-----------	--------	---------------

3. 患者様についてご記入ください。ご家族が参加される場合はご家族の氏名もご記入ください。

フリガナ 患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生（ ）歳		
病 名	受給者 番 号 		
住 所	〒 -		
電話番号	（FAX）		
ご家族氏名	（続柄）		

4. 患者家族の集いについて、話したい内容、ご要望等について自由にご記入ください。

5. アート作品展に出展される方は以下についてご記入ください。

作品	
作品名 (タイトル)	
搬入方法 (番号に○)	① 備前保健所東備支所へ事前に持ち込みます。 ② 郵送します。 ③ 受け渡しを希望します。 ④ その他 ()
その他	作品に込めた思いや伝えたいこと等あればご記入ください。

6. お問い合わせ先

岡山県備前保健所東備支所 保健対策班

住所 〒709-0492 和気郡和気町和気487-2

電話 0869-92-5180 (直通)

FAX 0869-92-0100