

ピアサポート申込用紙

年 月 日

【ご相談者】

ふりがな

お名前: 男・女

続柄: ご本人・ご家族()・その他()

生年月日:

障害名(障害部位): 頸随・胸随・腰随 番(完全・不全)

発症日:

傷病原因:

【ご連絡先】

お電話番号:

メールアドレス:

【ご相談事項】

FAX

大阪脊髄損傷者協会 FAX: 06-6371-4854