

# ピアサポート申込用紙

年 月 日

FAX

大阪脊髄損傷者協会

FAX: 06-6371-4854

## 【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) : 頸隨 ・ 胸隨 ・ 腰隨 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】