**ピアサポート申込用紙**

FAX 　　大阪脊髄損傷者協会 FAX：０６－６３７１－４８５４

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】** | |
|  | |