

神経難病リハビリテーションセンター 相談シート(FAX用)

年 月 日

兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 総合相談・地域連携室 宛

〒679-5165 兵庫県たつの市新宮町光都1丁目7番1号

TEL:(0791)58-1050 (代)

E-mail:nanbyo@hwc.or.jp

FAX:(0791)58-1072

※FAX送信票不要

相談方法・・・FAX・E-mailにて、受け付けています。

【ご相談者】 ※可能な範囲でご記入ください。(ご連絡先欄は、**必ず**ご記入ください。)

フリガナ			対象者様との続柄	ご相談回数
お名前	様 (男・女)			初回 2回目以降
ご住所	〒 —			
ご連絡先	記入必須 ※ご対応可能な連絡先と〔 〕内にご希望の回答方法の順番をご記入ください。			
TEL(自宅) 〔 〕	—	—	FAX 〔 〕	— —
TEL(携帯) 〔 〕	—	—	E-mail 〔 〕	@

【ご相談対象者様の情報】 ※可能な範囲でご記入ください。

フリガナ			大・昭・平・令 (歳) 生年月日 年 月 日
お名前	様 (男・女)		
ご住所	〒 —		
TEL(自宅)	—	—	TEL(携帯) — —
病名			
現在の状態			
ご相談内容			