

出 欠 票

令和6年度「ALS等神経難病患者の在宅療養支援を考える会」

回答期限 10月18日(金)

宛	鳥取県西部総合事務所米子保健所
先	医薬・感染症対策課 難病・感染症対策担当 福田 行き FAX 0859-34-1392

*送信票は不要です。このまま送付してください。

所属名: _____

回答者名: _____

連絡先: _____

(出席者)

所 属	職 名	氏 名	備考 ※ALSの支援経験はないが、 参加希望のある方については ○を記載してください。

○下記について質問・ご意見があれば記載してください。

①講師(鳥根県 健康推進課)へ聞きたいこと

[_____]

②アドバイザー(鳥大 渡辺准教授)へ聞きたいこと

[_____]

③会の意見交換(グループワーク)で情報交換したいこと

[_____]