

福井県脳外傷友の会「福~~笑~~井(ふくわらい)」

(福井県高次脳機能障害と家族の会)

入会申込書

会員種別:正会員(当事者・ご家族)

年会費 一家族3600円

お名前	当事者
	ご家族
当事者の生年月日	昭和 平成 年 月 日生
電話番号	
メールアドレス	
障害手帳の有無	身体障害手帳(級)保健福祉手帳(級)療育手帳(級)
事故や病気の状況	(いつから、どのような状況に)
治療の経過と現状	
毎日の生活状況	
今後の希望など	