

福井県版エンディングノート 愛称募集 応募用紙

【応募先 FAX番号】 0776-21-6641

愛称	ふりがな
愛称の意味・理由	

お名前	ふりがな	
ご住所	(〒 ー)	
ご連絡先	電話番号	
	Eメール	@
年齢	歳	
表彰作品の作者の公表方法について (1つのみ選択してください)	<input type="checkbox"/> フルネームでの公表 <input type="checkbox"/> イニシャルでの公表 <input type="checkbox"/> ペンネームでの公表 () <input type="checkbox"/> 公表を希望しない	

【エンディングノート活用希望について】 医師と共にエンディングノートを記入する機会があれば参加されますか。	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
---	---

※以下、応募者が未成年者の場合にご記入ください。

保護者の お名前	ふりがな

応募期間 令和4年6月3日(金)～6月30日(木)
お問合せ先 福井県在宅医療サポートセンター 福井県版エンディングノート愛称募集係
〒910-0001 福井市大願寺3-4-10
TEL 0776-24-0387 FAX 0776-21-6641