

第19回奈良高次脳機能障害リハビリテーション講習会

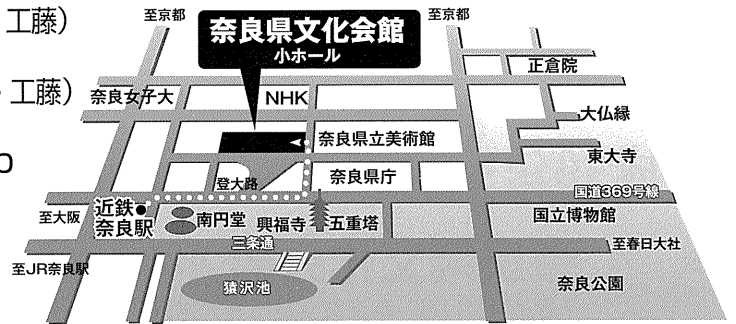
受講申込用紙

〈お申し込み・お問い合わせ先〉

申込は、以下のいずれかの方法をお願いします。

- ①FAX: 0745-77-2560 (奈良脳外傷友の会あすか 工藤)
- ②TEL: 0745-77-2560 (奈良脳外傷友の会あすか 工藤)
- ③メールアドレス: naraasukatbi@yahoo.co.jp
- ④郵送

会場付近案内地図 (できるだけ公共交通機関をご利用下さい)



奈良市登大路町6-2 TEL.0742-23-8921 近鉄奈良駅①番出口より 東へ徒歩約5分

〒636-0311 奈良県磯城郡田原本町八尾62-5
 奈良高次脳機能障害リハビリテーション講習会事務局
 奈良脳外傷友の会あすか 大久保

- ※①④による場合は、この受講申込用紙をコピーしてご使用ください
- ※②による場合は、この受講申込用紙の記入欄の内容をお伝えください
- ※③による場合は、この受講申込用紙にご記入いただいたものをスキャンして送っていただくか、又はメール本文に記入欄の内容を記載ください
- ※申し込み期限 7月10日(火)必着

必要事項をご記入のうえ、該当するものを○で囲んでお申し込みください。

ふりがな 代表者氏名		高次脳機能障害当事者及びその家族 (原因: 交通事故・その他) 患者会等 ()	医療・福祉・教育・保健・行政等の関係者 (職種:) 勤務先 ()
ふりがな 氏名		高次脳機能障害当事者及びその家族 (原因: 交通事故・その他) 患者会等 ()	医療・福祉・教育・保健・行政等の関係者 (職種:) 勤務先 ()
ふりがな 氏名		高次脳機能障害当事者及びその家族 (原因: 交通事故・その他) 患者会等 ()	医療・福祉・教育・保健・行政等の関係者 (職種:) 勤務先 ()
ふりがな 氏名		高次脳機能障害当事者及びその家族 (原因: 交通事故・その他) 患者会等 ()	医療・福祉・教育・保健・行政等の関係者 (職種:) 勤務先 ()
ふりがな 氏名		高次脳機能障害当事者及びその家族 (原因: 交通事故・その他) 患者会等 ()	医療・福祉・教育・保健・行政等の関係者 (職種:) 勤務先 ()
代表者 連絡先	住所	〒	
	電話		
	FAX		
車いす使用 ・ 手話通訳 ・ 要約筆記 ・ その他必要な支援 ()			

定員超過により受講いただけない場合のみご連絡します。連絡がない場合はそのままご参加ください。
 この申込用紙に記載いただいた内容は、この講習会以外には使用しません。