



FAX:088-842-2601 (FAXでお申込み下さい)

高次脳機能障害リハビリテーション 講習会2018高知 参加申込書

該当するものに○をして、必要事項をご記入ください。

ご住所： _____

ご所属(※事業所名など)： _____

ふりがな	高次脳機能障害ご当事者およびそのご家族
氏名	[当事者・家族 / 原因:交通事故・他]
<input type="checkbox"/> 田野会場(11/10) ・ <input type="checkbox"/> 高知会場(11/11)	医療・福祉・保健・行政等の関係者 [職種: _____]
ふりがな	高次脳機能障害ご当事者およびそのご家族
氏名	[当事者・家族 / 原因:交通事故・他]
<input type="checkbox"/> 田野会場(11/10) ・ <input type="checkbox"/> 高知会場(11/11)	医療・福祉・保健・行政等の関係者 [職種: _____]
ふりがな	高次脳機能障害ご当事者およびそのご家族
氏名	[当事者・家族 / 原因:交通事故・他]
<input type="checkbox"/> 田野会場(11/10) ・ <input type="checkbox"/> 高知会場(11/11)	医療・福祉・保健・行政等の関係者 [職種: _____]

当日参加も可能ですが、配布資料がございます。事前にお申込みいただければ、幸いです。

お申込み・高次脳機能障害の相談先

高次脳機能障害相談支援センター (担当: 清原・藤本)

FAX:088-842-2601 / 電話: 088-842-1921

近森会
社会福祉法人ファミリーユ高知 **高知ハビリテーリングセンター**

〒781-0313 高知市春野町内ノ谷63番地6

ホームページ: <http://www.chikamori.com/famille/business/habili/>