

# 第15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でお願いします。

**FAX:0745-77-2560** (奈良脳外傷友の会あすか 工藤)

**TEL:0745-77-2560** (奈良脳外傷友の会あすか 工藤)

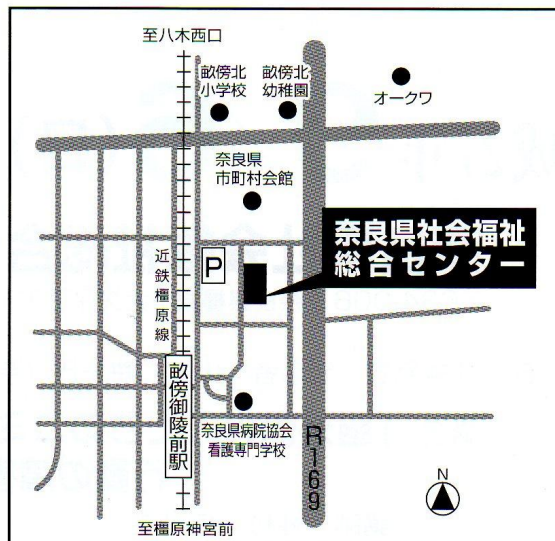
**メールアドレス** : naraasukatbi@yahoo.co.jp

#### 郵 送

〒636-0311 奈良県磯城郡田原本町八尾62-5  
 講習会実行委員会事務局  
 奈良脳外傷友の会あすか 大久保

会場付近案内地図

できるだけ公共交通機関をご利用ください。  
 駐車場は隣に橿原市営有料駐車場があります。



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・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・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・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・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・保健・行政等の関係者 (職種： ) 勤務先 ( )
代 表 者 連 絡 先	住 所	〒
	電 話	
	F A X	
車椅子のお手伝い ・ トイレ介助 ・ 手話通訳		

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。