

第8回 ひょうご失語症者の会交流会申込書

《お申込締切日》 平成29年10月10日(火) 期日厳守にてお願いいたします

所属友の会						
(住所) 〒						
(フリガナ)	性別	種別	来場手段	移動手段	交流会 参加費 1,500円	電話番号 ※当日ご連絡が取れる番号
ご参加者氏名						
ヒョウゴ タロウ	(男)	当事者・家族・ST・ボラ・その他	公共機関	独歩	○	090-○○○○-○○○
例 兵庫 太郎	女		公共機関	独歩		○
①	男	当事者・家族・ST・ボラ・その他	公共機関	独歩		
	女		公共機関	独歩		
②	男	当事者・家族・ST・ボラ・その他	公共機関	独歩		
	女		公共機関	独歩		
③	男	当事者・家族・ST・ボラ・その他	公共機関	独歩		
	女		公共機関	独歩		
④	男	当事者・家族・ST・ボラ・その他	公共機関	独歩		
	女		公共機関	独歩		
⑤	男	当事者・家族・ST・ボラ・その他	公共機関	独歩		
	女		公共機関	独歩		
⑥	男	当事者・家族・ST・ボラ・その他	公共機関	独歩		
	女		公共機関	独歩		
⑦	男	当事者・家族・ST・ボラ・その他	公共機関	独歩		
	女		公共機関	独歩		
⑧	男	当事者・家族・ST・ボラ・その他	公共機関	独歩		
	女		公共機関	独歩		
⑨	男	当事者・家族・ST・ボラ・その他	公共機関	独歩		
	女		公共機関	独歩		
備考						

【注意事項】

- ・友の会で申し込まれる際は、参加者の方のお名前をまとめてご記入の上、お申し込みください。
- ・キャンセルの場合は、10月13日までに再度、下記事務局までご連絡ください。
- ・当日の変更・キャンセルの場合は、後日お弁当代500円を徴収させていただきます。予めご了承ください。

〔お申込・お問い合わせ先〕

関西労災病院中央リハビリテーション部言語室

TEL:06-6414-1221 FAX:06-6419-1870

E-mail : stkanrou@msn.com

FAXまたはメールでお申し込みください。