

参加ご希望の方は下記申込先までお送りください。（FAXまたはEメール可）

京都府健康福祉部

リハビリテーション支援センター 行

FAX：075-251-5389

E-Mail：rehabili@pref.kyoto.lg.jp

第3回 京都府失語症者・家族 交流会 参加申込書（平成28年10月25日開催分）

ふりがな		
お名前（年齢）	()歳	()歳
参加者	<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> ご家族(親、子、配偶者、その他)	<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> ご家族(親、子、配偶者、その他)
連絡先	TEL	
	FAX	
	Eメール	
お住まいの市町村名		
その他	グループ交流会は基本的に当事者とご家族に分かれて交流する予定ですが、その際ご家族と同じグループを希望される場合は○を書いてください。 希望する ・ 希望しない	グループ交流会は基本的には当事者とご家族に分かれて交流する予定ですが、その際ご家族と同じグループを希望される場合は○を書いてください 希望する ・ 希望しない
失語症状 ※グループ分けの参考にさせていただきますため	当事者の方の日常会話の状況 (当てはまるものに“○”をしてください) 【聞く理解】 (分かる・少し分かる・難しい) 【話す】 〔 口頭で話す・文字を見ながら話す 難しい 〕 【文字の理解できる程度】 (短文程度・単語程度・難しい)	当事者の方の日常会話の状況 (当てはまるものに“○”をしてください) 【聞く理解】 (分かる・少し分かる・難しい) 【話す】 〔 口頭で話す・文字を見ながら話す 難しい 〕 【文字の理解できる程度】 (短文程度・単語程度・難しい)

※当日は講演終了後、小グループを作り約70分程度の交流会を行います。

※交流会では日常生活の活動やコミュニケーションなどで工夫していることなどを話していただく予定です。事前に話すために必要なコミュニケーション手段（メモ、写真など）ご準備いただければと思います。

※今回ご提供いただいた個人情報には本交流会で必要な事務運営以外には使用いたしません。