

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

北部リハビリテーション支援センター 行

FAX：0773-75-7558

E-Mail：rehabili@pref.kyoto.lg.jp

第1回 京都府北部失語症者・家族 交流会 参加申込書（令和元年9月18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いただく予定ですが、どうしてもご家族と同じグループでないと難しいという方は希望するに○を書いてください。 ・ご家族と同じにグループを希望する（ ）	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いただく予定ですが、どうしてもご家族と同じグループでないと難しいという方は希望するに○を書いてください。 ・ご家族と同じにグループを希望する（ ）
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60分程度の交流会を行います。

※交流会では他者とコミュニケーションを図る上で工夫している事、困っていることなどを話す予定です。事前に伝える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。