

失語症カフェ

～KANON香音～



失語症のある人、家族、支援する人

誰でも気軽に立ち寄ることができる失語症カフェに参加してみませんか？
意思疎通支援者がお手伝いをいたします。安心してご参加ください。

- 日 時:令和8年4月12日(日)14:00～16:00(受付13:30)
- 場 所:かがわ総合リハビリテーションセンター
福祉センター2階 研修室 (高松市田村町1114)
- 参加費:お一人様100円(飲み物とお菓子を提供します)
- 内 容:情報交換・ミニゲームなど
- 申込先:かがわ総合リハビリテーションセンター内
(一社)香川県言語聴覚士会事務局
FAX:087-865-3915
[4月12日のお申し込みはこちら](#) → 
申込締切:4/5(日)
- 問合せ:(一社)香川県言語聴覚士会 担当:河村
E-mail:kagawa.shitsugo@gmail.com

会場でのマスク着用については個人の判断でお願いします。
感染が拡大している時期は、マスク着用をお願いする場合があります。
37℃以上の発熱や風邪症状がある場合は参加をお控えください。
欠席される場合、上記メールか下記電話番号にご連絡ください。
(かがわ総合リハビリテーションセンター福祉センター TEL:087-867-7686)

令和8年度 失語症カフェ開催予定日
6/14(日).9/13(日).10/11(日).12/20(日)
◆時間 14時～16時

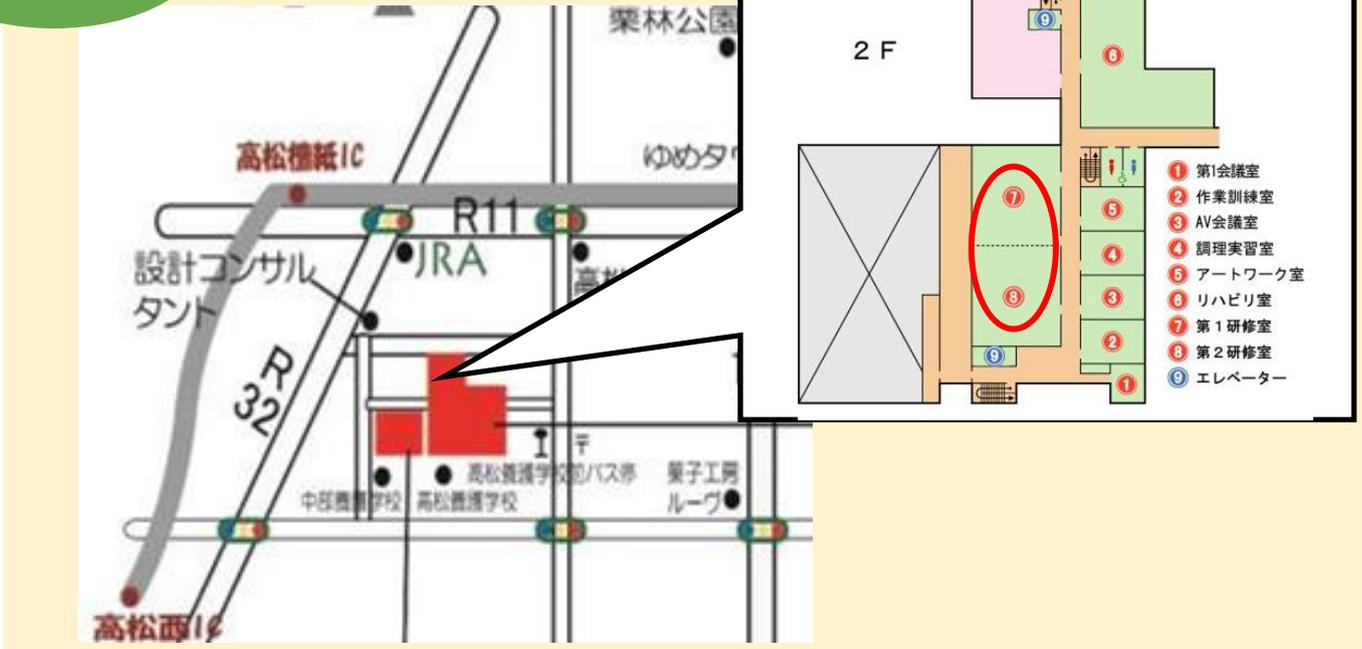
主催



一般社団法人 香川県言語聴覚士会



会場案内



【失語症カフェ申込み用紙】

2回目以降のお申込みはお名前だけでOKです。
変更事項がある場合はご記入ください。

氏名(ふりがな)			
住所			
電話番号 (日中連絡が取れる番号)			
年齢	歳	性別	男性・女性
失語症の発症時期	年 月頃	リハビリ歴	あり・なし
リハビリを受けた施設	担当言語聴覚士		
移動手段	独歩・杖歩行・車椅子・その他()		
同伴者 氏名(ふりがな)	年齢()歳		
	年齢()歳		
お願い:よりよい支援のために言葉の状態について受講生、支援者と情報共有させていただくことに同意いただけますでしょうか。			同意する・同意しない

かがわ総合リハビリテーションセンター内 (一社)香川県言語聴覚士会事務局宛
この申込書にご記入の上、FAXまたは、メールでお送りください。
右のQRコードからもお申込みいただけます。

FAX:087-865-3915(担当:河村)
E-mail:kagawa.shitsugo@gmail.com



締切4/5(日)まで

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入頂く個人情報に関しましては、「失語症カフェ」の運営に関わるご案内や情報提供、これに付随するサービス提供の目的の範囲内で利用させていただき、第三者に提供させていただくことは一切ございません。