

失語症カフェ

～KANON香音～



意思疎通支援者が会話のお手伝いをいたします

安心してご参加ください♪

香川県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会の実習を伴います
ご理解とご協力をお願いいたします

●日 時:令和8年9月13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)

●内 容:情報交換・ミニゲームなど

●参加費:お一人様100円(飲み物とお菓子を提供します)

●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

9月13日のお申込みはこちらから →



●問合先:(一社)香川県言語聴覚士会 担当:河村 申込締切:9/6(日)
E-mail:kagawa.shitsugo@gmail.com

次回以降 失語症カフェ開催予定日

10/11(日).12/20(日) ◆時間 14時～16時

会場でのマスク着用については個人の判断をお願いします。
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)

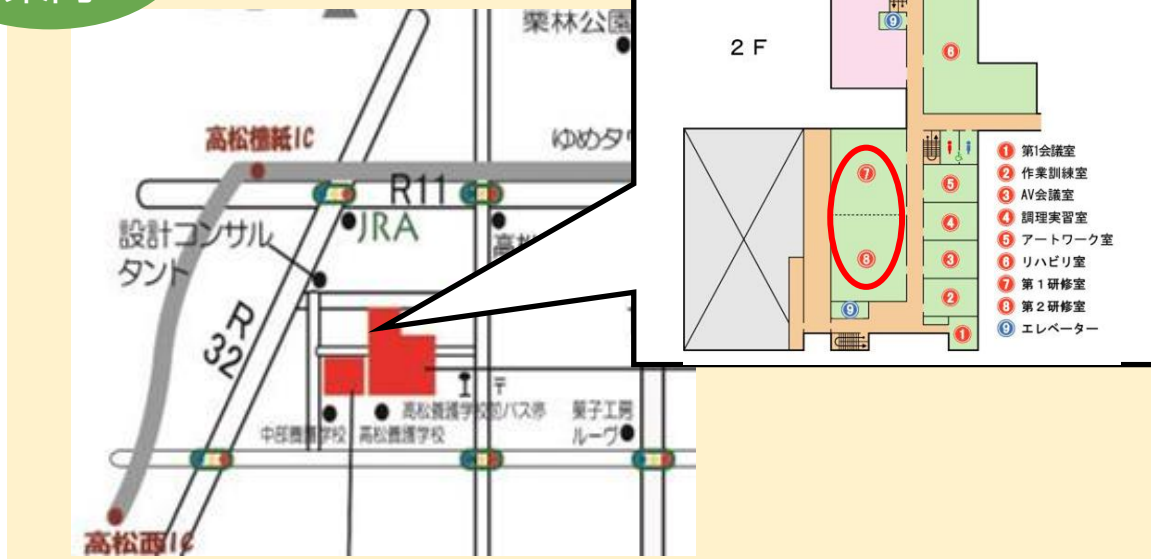
主催



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



【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。

締切9/6(日)まで