

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
情報交換やミニゲームに参加してみませんか？


愛称・ロゴが
決まりました！

失語症カフェ

～KANON香音～



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。
尚、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6年9月1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…無料 <感染症対策のため飲食の提供は行いません>
- 内 容…情報交換・ミニゲーム・当事者家族交流会など
- 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
QRコードからもお申込みいただけます → 
- 問合せ先…(一社)香川県言語聴覚士会 担当:河村
E-mail:kagawa.shitsugo@gmail.com

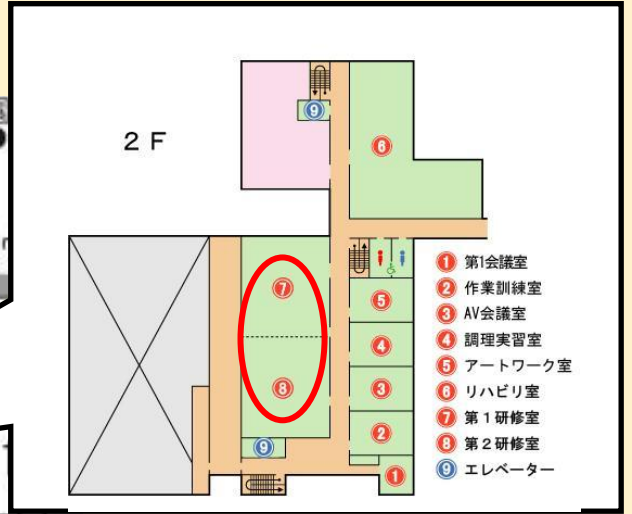
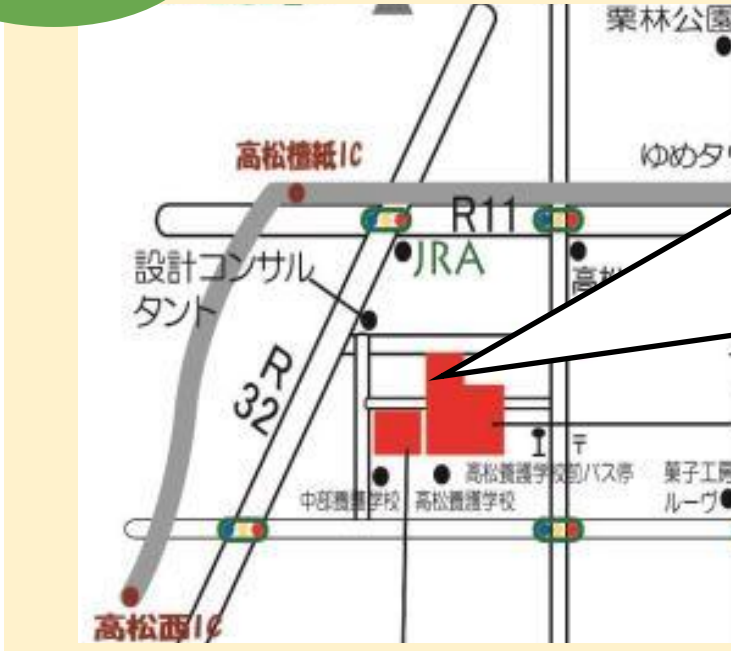
不織布マスクをご着用のうえ、お気軽にご参加ください。
37℃以上の発熱や風邪症状がある場合は参加をお控えください。
欠席される場合は、上記メールまたは会場にご連絡ください。
(かがわ総合リハビリテーションセンター福祉センター TEL:087-867-7686)

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
 同伴者など変更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。