

失語症友の会「ホトトギスの会」  
総合大雄会病院 言語聴覚士 行

## 第7回失語症友の会交流会 申込書

友の会名	
代表者氏名	
代表者連絡先	

参加者

	氏名	年齢	移動手段 (歩行、杖、車椅子など)	備考 (当事者、家族、S T、会話Pなど)
例	山田太郎	56歳	車椅子	当事者
①				
②				
③				
④				
⑤				
⑥				
⑦				
⑧				
⑨				

**9月27日(金)**までにメールかFAXでお申し込み下さい。

TEL 0586-72-8853 (代) FAX 0586-24-8853 メールアドレス [skato@daiyukai.or.jp](mailto:skato@daiyukai.or.jp)

※ご質問等は、「言語聴覚士 加藤」まで、お電話にてお願いします。