



# 参加申込用紙

必要事項を記入の上、矢印の方向を送信口に向けてFAX送信してください。

## かがわ総合リハビリテーション成人支援施設宛

# FAX 087(867)0420

### 『高次脳機能障害者への自動車運転再開支援』

#### 申 込 事 項

- ◆申込記入欄にご記入の上、上記FAXへご送信ください。
- ◆定員になり次第、受付終了となります。予めご了承ください。  
(定員に達し、お断りする場合のみご連絡致します。)



**会場** かがわ総合リハビリテーション福祉センター 研修室

**平成28年11月13日(日) 13時から**

担当者 上川・篠原

かがわ総合  
リハビリテーションセンター

### 【高次脳機能障害者への自動車運転再開支援】参加申込書

氏 名	(職種・		当事者・家族・その他)
	(職種・		当事者・家族・その他)
所属等			
所 属 連 絡 先	住所 〒		
	電話	FAX	
	E-mail :		
質問事項	何かご質問等がございましたらお書きください。		

※ 申込書にご記入いただいた個人情報は、当運営目的以外での利用はいたしません。