

平成 29 年 4 月吉日

ご家族様へ

高次脳機能障害相談支援拠点
高次脳機能障害相談支援センター
センター長 上田 真弓
(公 印 省 略)

『家族教室 2017』のご案内

拝啓

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、このたび別紙のとおり『家族教室 2017』を開催することになりましたのでお知らせいたします。内容は、別紙をご参照ください。

高次脳機能障害のことを知って頂くことで、ご家族や周りの支援者の関わりが、より良いものになることと思いますので、ご都合がございましたらぜひご参加いただければと思います。今年度の家族教室は、8 名程度(計 16 家族前後)で考えておりますので、ご希望される方が多い場合は先着順となりますことをご了承ください。

参加希望の方は、お手数ですが申込書にご記入の上、郵送および FAX をお願いいたします。コースが確定いたしましたら、ご連絡をさせていただきます。

敬具

申込用紙

FAX : 088-842-2601

高次脳機能障害相談支援センター (高知ハビリテーリングセンター内)

担当 : 岩崎 あて

家族教室 2017 (記憶障害編) 参加申込書

希望曜日 : 土曜日 日曜日 どちらでも可

■参加者

お名前	ご住所・ご連絡先
	〒 Tell : ()
高次脳機能障害(当事者)の方について、お教えてください。	
当事者 : _____ (歳) 受傷日 : _____ 原因 : _____ ご関係 : _____ 症状 : 注意 ・ 記憶 ・ 遂行機能 ・ 社会的行動 ・ 他 : _____)	
どんな風が変わったと思いますか : _____	
事前にご質問・ご要望があれば、お教えてください。 (気になることなどささいなことでもかまいません)	

ご記入、ありがとうございました。