

第6回 千葉県失語症者のつどい 申込書(10月25日必着)

市原市失語症友の会 ^{へらい} 戸来宛 FAX 0436-74-8734

★下記に必要事項を記載の上、お申し込みください。

団体用(友の会など)

参加人数 ()名

車椅子でのご参加 無・有 ()名

ふりがな 団体名	
ふりがな 代表者氏名	
代表者連絡先	電話: FAX: 住所:

個人参加用

参加人数 ()名

車椅子でのご参加 無・有 ()名

ふりがな 代表者氏名	
代表者連絡先	電話: FAX: 住所: