

参加申込書

(一社)日本脳損傷者ケアリング・コミュニティ学会事務局宛
FAX: (03) 5432 - 9338

お名前 (車イス使用の有無)	職種 または障害本人	所属	連絡先 (FAX)
フリガナ			
フリガナ			
フリガナ			

* 車いすをご使用の場合はお名前の下にお書きください。

参加申し込み受け付けました。当日、本用紙をお持ちください。

受付番号:

研修会プログラム

- | | | |
|--------|---|---------------|
| プログラム1 | 当事者たちが伝える高次脳機能障害
失語症、注意障害などの症状について当事者が
体験したことと結びつけて説明します。 | 10:10 ~ 11:40 |
| プログラム2 | 興味を活かして市民が当事者と繋がり合う
囲碁、鼓、絵手紙、水泳など興味のある活動を通
して知りえたこと伝えたいことを市民の視点から
報告いたします。 | 12:40 ~ 14:10 |
| プログラム3 | それぞれの回復への歩み
就労に向けての長年のかかわりと高次脳機能障
害者の1人暮らし体験者から報告します。 | 14:30 ~ 16:00 |