

(別紙)

< F A X 送 信 票 >

「12月6日(金) 高次脳機能障害者支援のための圏域研修会」

出席申込書(医療機関用)



可能な限り、二次元バーコードからお申し込みください。

【送信先】 FAX : 099-228-9556 牛山 行き
鹿児島県精神保健福祉センター(高次脳機能障害者支援センター)

施設名	電話番号	FAX
-----	------	-----

職名(職種)	氏名

※ 状況に応じて、会場の収容人数が定員を超えた場合は、調整させていただき、こちらから御連絡いたします。

研修会及びネットワーク連絡会を開催するにあたり、参考にさせていただきたいので下記のアンケートにご協力をお願いいたします。該当する項目に○をして下さい。

I. 高次脳機能障害者支援において困ったことがありますか。

1. 回復期病棟の確保 2. 慢性期のリハビリ施設の確保 3. 入所施設の確保
4. 通所施設の確保 5. 就労支援に関して 6. その他() 7. なし
(個人が特定出来ないような情報で、困った内容を教えて下さい。)

II. 講師へのご質問等がありますか。質問がある方は、裏面に御自由にお書きください。

【 ある ・ ない 】

御協力ありがとうございました。御回答頂きました内容は今回の研修会以外には使用いたしません。

II の詳細