

高次脳機能障害相談・支援センター

出前講座

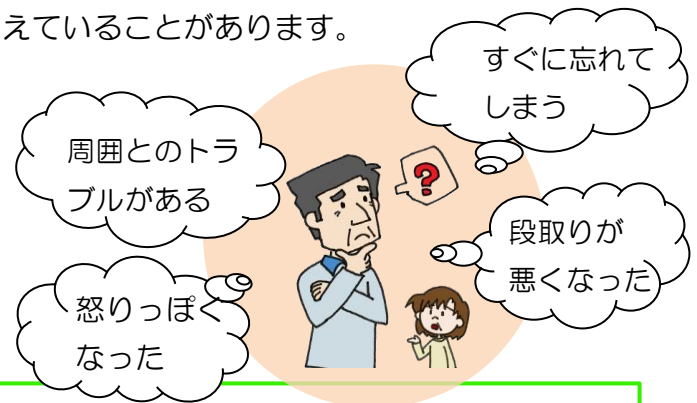
もっと知ってほしい！ “高次脳機能障害”
こうじのうきのうしょうがい

脳卒中や事故などにより、脳が損傷することで起こる、記憶や注意など認知機能の障害です。外見からは分かりにくいいため、周囲の人からも理解されず、日常生活や社会生活など様々な場面で問題が起り、本人や家族が不安や悩みを抱えていることがあります。

身近な場所で、思いあたる方はいませんか？

周囲の理解により、地域や職場での安心した生活につながります。

センター職員が皆さまの会合や学習会などへ出向き、障害の特徴などを説明させていただきます。



対象者

県民の皆さまが参加する概ね10人以上のグループ(自治会やNPOなどの地域の各種団体)
※営利目的の場合や政治・宗教活動を目的とする集会は除きます。

申し込み手続き

(1) 出前講座の派遣依頼

ご希望の開催日時、場所、講座内容などについて、裏面の申込書に必要事項を記入の上、**開催希望日の1カ月前までに**、郵送・FAX・電子メールで申込みください。

<注意事項>

- *日時：原則、平日の9：00～17：00（休日・夜間開催については応相談）
- *時間：最大1時間程度（応相談）
- *会場：会場は、申込み団体が用意してください。
- *費用：無料（会場費用が発生する場合は、申込み団体でご負担ください。）

(2) 日程・講座内容等の調整

申込み受付後、当センターから団体ご担当者様へ連絡し、詳細を調整させていただきます。

(3) 当日の講座実施

当センター職員が直接会場へ出向き、ご説明させていただきます。

講座終了後は、簡単なアンケートにご協力をお願いします。

★Webを活用した講座の開催を希望する場合は、事前にご相談ください。

<問合せ・申込み先>

石川県高次脳機能障害相談・支援センター（〒920-0353 金沢市赤土町二 13-1）

TEL 076-266-2188 FAX 076-266-2864 E-mail iprc@pref.ishikawa.lg.jp

高次脳機能障害相談・支援センター出前講座

申 込 書

(FAX 番号 076-266-2864)

●必要事項（太枠部分）を記入し、FAX等でお申込みください。

●申込受付後、高次脳機能障害相談・支援センターからご担当者様へ連絡いたします。

申込み日	令和 年 月 日
団体等の名称	
代表者氏名	
連絡先	(ふりがな) 担当者氏名
	住所
	連絡先(電話番号) (FAX) (E-mail)
希望する 日時・会場	第1希望 令和 年 月 日() 時 分～ 時 分 会場名
	第2希望 令和 年 月 日() 時 分～ 時 分 会場名
	第3希望 令和 年 月 日() 時 分～ 時 分 会場名
希望する内容 ()に○を記入 してください	() 高次脳機能障害の基本的知識について () 高次脳機能障害への対応について () その他 ※希望内容をご記入ください []
会合や学習会 の名称	
参加見込み人 数	人
その他 連絡事項	