

## 第2回 新・吃音ショートコース 参加申込書

名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

自宅住所

〒 \_\_\_\_\_

連絡先 (TEL) \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_

このショートコースで話してみたいと思うこと、してみたいこと、学びたいこと、考えたいこと、取り組みたいことなどを、お書き下さい。

吃音について、質問があれば、お書き下さい。

発表の広場での発表について、○で囲んで下さい。

希望する ( ) ・ 希望しない ( )

※申込書の送付先 日本吃音臨床研究会 伊藤伸二

郵送の場合 〒572-0850 寝屋川市打上高塚町1-2-1526

FAXの場合 072-820-8244