

===お申込みファイル用紙===

ファックス番号:03-5335-9757

<input type="checkbox"/> 失語症相談室	月	日
<input type="checkbox"/> パソコン教室	<input type="checkbox"/> 言語訓練教室	<input type="checkbox"/> 相談室
ご希望のものに <input checked="" type="checkbox"/> して下さい		
お名前		
ご住所		
Tel・Fax		
所属友の会		

特定非営利活動法人 日本失語症協議会

〒167-0051 東京都杉並区荻窪 5 丁目 14 番 5 号 ワコーレ荻窪 405 号室