第５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