



Anmeldung

Eine Anmeldung und Rückantwort ist bis zum **20.11.2024** erwünscht. Für die gesamte Veranstaltung wird keine Teilnahmegebühr erhoben.

Aphasie-Regional-Zentrum
Klinik Niedersachsen Bad Nenndorf
Hauptstraße 59
31542 Bad Nenndorf

Telefon: 05723/707 222
E-Mail: aphasietag24@klinikniedersachsen.de

Hiermit melde(n) ich/wir mich/uns mit ___ Personen zum „Fünften Niedersächsischen Aphasietag“ in Bad Nenndorf am 23.11.2024 an.

Betroffene(r) **Angehörige(r)** **Therapeut(in)**

Vorname, Name _____

Einrichtung _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Wir möchten / ich möchte teilnehmen am:

Workshop A (Therapeuten)

mit ___ Personen

Workshop B (Therapeuten)

mit ___ Personen

Workshop C (Angehörige)

mit ___ Personen

Workshop D (Menschen mit Aphasie)

mit ___ Personen

Workshop E (Menschen mit Aphasie)

mit ___ Personen

Workshop F (alle Teilnehmer)

mit ___ Personen

Datum

Unterschrift