

## 令和7年度 失語症者向け意思疎通支援者養成講習会受講申込書

標記講習会の募集要領に基づき、受講を申し込みます。

締切 令和7年3月28日 23:59

郵送の場合 3月21日（当日消印有効）

		記入日	令和7年 月 日	
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
氏名				
住所	〒 都 県 区市 町村			
電話番号		E-mail		
FAX				
勤務先（学生の 場合は学校名）				
勤務先住所 （学校住所）	〒			
失語症者との会話経験	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 無			
医療介護福祉関連資格	<input type="checkbox"/> 有 → ( ) <input type="checkbox"/> 無			
本講習会修了者名簿への登録 及び 区市町村への名簿提供	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
登録後 活動可能な曜日・時間帯	<input type="checkbox"/> 平日昼間 <input type="checkbox"/> 平日夕方 <input type="checkbox"/> 土日昼間 <input type="checkbox"/> 土日夕方 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
本講習会を知った方法	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士の紹介 <input type="checkbox"/> 失語症友の会(会名: ) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 広報誌 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
受講志望動機（200字～400字）				
現在関わっている失語症の友の会やグループがありましたら御記入ください。				
1次選考を通過された場合、2次選考の面接で どうしてもご来場 <b>不可</b> の日				
<input type="checkbox"/> 無（両日とも来場可）				
<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 17日午前 <input type="checkbox"/> 17日午後 <input type="checkbox"/> 18日午前 <input type="checkbox"/> 18日午後				