

平成31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。

締め切り 3月11日 ※当日必着

記入例

記入日		平成31年 3月 〇日		
氏名	とうきょう いしこ	生年月日	昭和 平成	〇年 △月 ×日 (〇歳)
	東京 意思子	性別	男・女	職業
住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇の〇 △△マンション201号			
電話番号	03-1234-5678	E-mail	is●hi●.tokyo@ho●ail.co.jp	
FAX	同上			
勤務先 (学生の場合は学校名)	〇〇〇スーパーマーケット			
勤務先住所 (学校住所)	〒123-9876 東京都△△区××町〇丁目〇番地〇の〇			
失語症者との会話経験	<input checked="" type="checkbox"/> 有→ <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無			
本講習会修了者名簿の登録及び 区市町村への名簿提供	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			<input checked="" type="checkbox"/> 未加入
登録後 活動可能な曜日・時間帯	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (月に1回程度日曜日も可能)			
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 checked="" 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字程度)	<p>子供のころ、祖母が脳梗塞で失語症になり、言葉を話せなくなりました。</p> <p>祖母はいつも困った顔をしていましたが、私は変わってしまった祖母と</p> <p>どう接したらよいかわからず、やさしい言葉をかけてあげることができませんでした。</p> <p>その時のことを今でも後悔しているので、大人になって少し余裕ができた今、</p> <p>祖母と同じように失語症で困っている人の役に立ちたいと思い応募しました。</p>			
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。	<p>特に現在はありません。</p>			

例:
失語症友の会
職場、友人など

例:介護支援専門員、看護師
失語症会話パートナー、
介護福祉士、ヘルパー、PT、
OT、STなど

御記入いただいた内容は当会の個人情報保護方針に基づき講習会実施の目的以外には利用いたしません。

事業実施主体:東京都・八王子市

事業運営主体:一般社団法人東京都言語聴覚士会