令和6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6年3月29日 (当日消印有効)

			記入日	令和 6 年			月 日		
ふりがな			生年月日	昭和 平成		年	月	日 (歳)
氏名			職業						
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		□有 → □家族□無	□仕事 □その	の他()	
医療介護福祉関連資格		□有 → (□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		□可 □不可							
登録後 活動可能な曜日・時間帯		□平日昼間 □平日夕方 □土日昼間 □土日夕方 □不定期 □その他()							
本講習会を知った方法		□言語聴覚士の紹介 □失語症友の会(会名:) □チラシ □広報誌 □社会福祉協議会 □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 <u>不可</u> の日									
口無(両日と						,,,			
□有 → □27日午前 □27日午後 □28日午前 □28日午後									