

【必修基礎コース】

令和8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8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8年 月 日		
ふりがな		生年月日	昭和 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 ()				
医療介護福祉関連資格	<input type="checkbox"/> 有 → ()				
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 不可 の日					
<input type="checkbox"/> 無（両日とも来場可） <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 16日午前 <input type="checkbox"/> 16日午後 <input type="checkbox"/> 17日午前 <input type="checkbox"/> 17日午後					

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