

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 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）	〒			
修了後 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（ ）		
1. 必修基礎コースを受講して学んだこと（200字程度）				
2. 応用コースの受講志望動機（200字程度）				

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