

令和2年度 石川県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会 受講申込書

実施要綱に基づき、受講を申し込みます。 締め切り： 令和2年9月10日

FAX番号：0761-23-3641(芦城クリニック)

ふりがな		生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名		年齢			(歳)
住所	〒					
電話番号 (連絡がつくもの)		E-mail				
勤務先 (学生の場合は学校名)						
失語症者との会話経験	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 仕事・職場 <input type="checkbox"/> 他()) <input type="checkbox"/> 無					
医療介護福祉関連資格	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無					
受講志望動機(最大200字程度)						
その他 質問事項、主催者側に伝えたいこと(受講するうえで希望する配慮など)						

* お知らせいただいた個人情報 は講習会実施の目的以外には利用致しません

* 氏名・生年月日は修了証書に記入いたしますので、お間違いのないよう正式にご記入下さい。

* 実施要綱、記入見本が公益社団法人 石川県言語聴覚士会HP (<https://st-ishikawa.com>) に掲載されておりますのでご確認下さい。

公益社団法人 石川県言語聴覚士会 HP <https://st-ishikawa.com>
メール info@st-ishikawa.com