

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8月31日

FAX番号：0761-23-3641(芦城クリニック)

| | | | | |
|---|---|--------|---------------------|-------------------|
| ふりがな | いしかわ ここ | | 生年月日 | 昭和・平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 |
| 氏名 | 石川 言子 | | 年齢 | (○ 歳) |
| 住所 | 〒×××-××× 石川県○○市○○町○丁目○番地 ○○アパート○号室 | | | |
| 電話番号 (連絡がつくもの) | 090-1234-5678 | E-mail | isika●wa@mail.co.jp | |
| 勤務先 (学生の場合は学校名) | 株式会社 ○○○ | | 友人、親戚 | |
| 失語症者との会話経験 | <input checked="" type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 仕事・職場 <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) 介護支援専門員、介護福祉士、看護師、ヘルパー、PT、 | | | |
| 受講志望動機(最大200字程度) | | | | |
| 以前、職場の同僚が失語症になり、仕事復帰したものの、周囲とのコミュニケーションがうまく取れず、部署を異動することになりました。その時に同僚の力になりたかったのですが、どのように接していいのかわかりませんでした。 | | | | |
| このことから失語症の事を知りたい、失語症の方の役に立ちたいと思い応募しました。 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 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) | | | | |
| 難聴があり補聴器を使用しています。受講の席の配慮をお願いします。 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

*お知らせいただいた個人情報には講習会実施の目的以外には利用致しません