

キャリアアップ支援事業 申請用紙

申請日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属： _____

氏名： _____

連絡先（Eメール）： _____

言語聴覚士免許番号： _____

日本言語聴覚士協会会員番号： _____

下記の通り研修を受講したく申請いたします。

研修名	
主催者名	
研修場所	
期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日
目的 (申請理由)	
必要経費 (受講料 その他費用の概算)	

※申請先：(公社)石川県言語聴覚士会 総務部（Eメール：info@st-ishikawa.com）へ提出してください（件名はキャリアアップ支援申請）。

※決定通知は7月理事会後に総務部より文書にて通知（メール）いたします。

但し、初年度のみ1月理事会終了後に通知いたします。

承認印	
会長	選考委員長