**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　 |
| 　　　　　 | 　　　　　 |