

令和4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4年7月25日

FAX番号：0761-23-3641(芦城クリニック)

ふりがな	いしかわ ことこ		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		受講開始後、メールでご連絡することもあります。 できるだけご記入ください。	
電話番号 (連絡がつくもの)	090-1234-5678	E-mail		
勤務先 (学生の場合は学校名)	株式会社 ○○○		友人、親戚 失語症友の会など	
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、OT、ST、要約筆記者、手話通訳者など			
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ください。

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