

失語症者のコミュニケーションの援助をしてみませんか

令和6年度石川県

失語症者向け 意思疎通支援者 養成講習会

失語症とは
脳卒中などで、
話す・聴く・読む・書くが
難しくなる言葉の障害です

講座

講義12時間実習28時間 計40時間

(修了には必須科目を含む講義10時間
実習22時間の受講が必要)

日程

2024年8月4日～2024年11月23日

受講料

無料 (テキスト代として1000円)

会場

金沢市ものづくり会館

(金沢市栗崎町4丁目80番地1) 他

受講資格

- ・石川県に在住・在勤・在学中の方
- ・2024年4月1日現在18歳以上である方
- ・講習会終了後、石川県に「失語症者向け意思疎通支援者」として登録し、要請時に失語症者向け意思疎通支援等の活動ができる方
- ・失語症当事者ではない方

| 回数 | 日付 | 曜日 | 講義・実習時間 | 会場 |
|----|-------|----|-------------|-----------------------|
| 1* | 8/4 | 日 | 10:00～16:00 | 金沢市ものづくり会館 第1研修室 |
| 2* | 8/18 | 日 | 13:30～16:30 | 金沢市ものづくり会館 第1研修室 |
| 3 | 9/1 | 日 | 9:30～16:30 | 金沢市ものづくり会館 第1研修室 |
| 4* | 9/8 | 日 | 9:30～16:30 | 金沢市ものづくり会館 第2,3研修室 |
| 5* | 9/21 | 土 | 9:30～15:30 | 金沢市ものづくり会館 第2,3研修室 |
| 6 | 10/13 | 日 | 13:30～16:30 | 金沢市ものづくり会館 第2,3研修室 |
| 7 | 10/26 | 土 | 13:30～16:30 | 金沢市ものづくり会館 第2,3研修室 |
| 8 | 11/9 | 土 | 12:30～16:30 | 能美市防災センター |
| 9 | 11/23 | 土 | 10:00～16:30 | 金沢市ものづくり会館 第2,3研修室 |

* 必須科目 受講内容の詳細はHPの実施要綱をご確認下さい

申込期限

令和6年

7月1日 (月)

～7月25日 (木)

申込方法

実施要綱をご確認の上

メール：[裏面の受講申込書の項目を
isisotuu.i@gmail.com](mailto:isisotuu.i@gmail.com)

までお送りください

FAX：裏面の受講申込書を記入し、
0768-23-0634 (市立輪島病院)

までお送りください

受講の可否

定員15名

結果を郵便で送付

令和6年7月下旬

(予定)

問い合わせ先

公益社団法人 石川県言語聴覚士会

HP <https://st-ishikawa.com>

電話番号 076-208-5081 (城北病院 川原共恵)

メール isisotuu.i@gmail.com (市立輪島病院 水上匡人)



* 一部日程・会場等に変更が生じる可能性があります。

* 講習会開催にあたっては飛沫・接触感染症予防対策を実施致します。

令和6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6年7月25日

FAX番号: 0768-23-0634 (市立輪島病院)

| | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--------|-------|---|---|----|
| 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入力下さい。
*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 isisotuu.i@gmail.com