

F A X 送信票

令和元年度（2019年度）山口県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会 受講申込書

本講習会の募集要項に基づき、下記の通り申し込みます。

記入日： 年 月 日

(フリガナ) 氏名		性別	生年月日			
		男 女	昭和・平成	年	月	日
住所						
電話番号 (日中連絡可能なもの)		FA番号				
e-mail						
職業	医療福祉・学生・行政関連・その他()					
勤務先 (学生の場合は学校名)						
勤務先(学校)住所						
失語症の人との会話経験	無・有(家族・友人)・仕事・その他()					
名簿の登録 市町への名簿提供	可・不可					
登録後に活動可能な 曜日・時間帯						
本講習会を知った方法						
受講希望の動機(20字程度)						
現在関わっている当事者の会(失語症友の会)やサロン、グループがありましたらご記入ください。						

ご記入頂いた内容は当会の個人情報保護方針に基づき、講習会実施の目的以外には利用致しません。

事業実施主体：山口県障害支援課

事業運営主体：一般社団法人 山口県言語聴覚士会

お問い合わせ先
一般社団法人 山口県言語聴覚士会 失語支援研修 事務局
失語症者向け意思疎通支援者養成事業担当 新田 聡子

FAX : 083-924-7045

e-mail: shitugoshien@st-yamaguchi.main.jp

