

## 令和4年度 愛知県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会 受講申込書

\* 印は必須項目

|                           |   |  |     |                          |
|---------------------------|---|--|-----|--------------------------|
| 記入日*                      | 令和 年 月 日  |  |     | 締切日: 7月29日(金)PM5:00 必着   |
| ふりがな*                     |   |  |     | 性別<br>(任意)               |
| 氏名*                       |   |  |     | 生年月日* 昭和<br>平成 年 月 日( 歳) |
| 住所*                       | 〒 —   |  |     |                          |
| 電話番号*                     |   |  | FAX |                          |
| E-mail*                   | <a href="#">※添付ファイルが送信できるパソコンなどのアドレスをご記入ください。</a>             |  |     |                          |
| 職業*                       | 会社員 医療職 福祉・介護職 ST学生 パート・アルバイト その他 ( )                         |  |     |                          |
| 失語症のある方との会話経験             | 無し<br>有り → 家族 仕事 その他 ( )                                      |  |     |                          |
| 医療介護福祉関連資格<br>(複数選択可)     | 無し<br>有り → 介護支援専門員 看護師 介護福祉士 ヘルパー<br>PT OT ST 会話パートナー その他 ( ) |  |     |                          |
| 登録後の<br>活動可能日時<br>(複数選択可) | 曜日  | <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝日可<br><input type="checkbox"/> 都合が合えば指定なし |     |                          |
|                           | 時間  | <input type="checkbox"/> 午前(8:00~12:00) <input type="checkbox"/> 午後(12:00~16:00) <input type="checkbox"/> 夜間(16:00~20:00)<br><input type="checkbox"/> 都合が合えば指定なし   |     |                          |
| 本講習会を知った方法<br>(複数選択可)     | 言語聴覚士紹介 失語症友の会やサロン チラシ 広報誌<br>その他 ( )                         |  |     |                          |
| 受講志望動機(200字程度)            |   |  |     |                          |
|                           |   |  |     |                          |
|                           |   |  |     |                          |
|                           |   |  |     |                          |
| 現在関わっている<br>失語症の友の会やグループ  | 無し<br>有り → 友の会・グループ名<br>( )                                   |  |     |                          |
| 過去に講習会を受講した方              | 補講が必要な講座名   |  |     |                          |

ご記入いただいた内容は、本講習会実施と支援事業に関わる研究の目的以外には使用いたしません。

事業実施主体: 愛知県 事業運営主体: 一般社団法人 愛知県言語聴覚士会