

FAX 052-339-0201 (愛知県言語聴覚士会事務局)

平成30年 愛知県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会 受講申し込み書

記入日	平成30年	月	日	* 締切日: 10月15日必着	
ふりがな				性別	男 ・ 女
氏名				生年月日	年 月 日 (歳)
住所					
電話番号				FAX	
E-mail					
職業	会社員 医療職 福祉・介護職 ST学生 主婦 パート・アルバイト その他()				
失語症者との会話経験	無し 有り → 家族 仕事 その他 ()				
医療介護福祉関連資格	無し 有り → 介護支援専門員 看護師 介護福祉士 ヘルパー PT OT ST 会話パートナー その他 ()				
ボランティア保険の有無	加入済み 未加入				
本講習会修了者名簿登録及び市町村への名簿提供	可 不可				
登録後の活動可能な曜日・時間帯	平日昼	平日夕方	土日昼間	土日夕方	
	不定期	未定			
本講習会を知った方法	言語聴覚士紹介 失語症友の会 チラシ 広報誌 その他()				
受講志望動機(200字程度)					
現在関わっている失語症の友の会やグループがありましたらご記入ください					

ご記入いただいた内容は、本講習会実施の目的以外では利用いたしません。

事業実施主体: 愛知県
事業運営主体: 愛知県言語聴覚士会