

令和6年度 岩手県「失語症者向け意思疎通支援者養成研修」受講申込書

令和6年 月 日

岩手県言語聴覚士会会長 様

次のとおり失語症者向け意思疎通支援者養成研修の受講を申し込みます。

氏名 (ふりがな)	()		
住所	〒		
電話番号	※研修日に連絡の取れる番号を記入してください		
Eメール①	※事務局からの連絡、テキスト・ZoomURLを送信します		
Eメール②	※予備のアドレスをご記入ください(希望する方のみ)		
生年月日	年	月	日 (歳)
	性別	男 ・ 女	
職業			
勤務先			
	電話	— —	
実習希望日 ※平日のみ、計4日以上を記入 してください	7月		
	8月		
	9月		
	10月		
備考			

提出先

住所：〒020-0835 盛岡市津志田 26 地割 30-1 川久保病院リハビリテーション科内

岩手県言語聴覚士会事務局

メール：iwatest_wankosoba@yahoo.co.jp

令和6年度 岩手県「失語症者向け意思疎通支援者養成研修」受講申込書

令和6年〇月〇日

岩手県言語聴覚士会会長 様

次のとおり失語症者向け意思疎通支援者養成研修の受講を申し込みます。

氏名 (ふりがな)	言語 太郎 (げんご たろう)		
住所	〒020-△△△△ 盛岡市〇〇町1丁目〇番〇号 ★ <u>職場等でなくご自宅の住所を記載してください</u>		
電話番号	※研修日に連絡の取れる番号を記入してください 090-1111-1111		
Eメール①	※事務局からの連絡、テキスト・ZoomURLを送信します <u>xxx@xxx.com</u>		
Eメール②	※予備のアドレスをご記入ください(希望する方のみ) yyy@yyy.co.jp		
生年月日	19zz 年 z月 z日 ※申し込み時の年齢 (〇〇歳)	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
職業	会社員		
勤務先	〇〇商事 電話 019 - 0000 - 0000		
実習希望日 ※平日のみ、計4日以上を記入してください	7月	いずれも可	
	8月	いずれも不可	
	9月	4日～8日	
	10月	2日、9日、16日	
備考			

提出先

住所：〒020-0835 盛岡市津志田 26 地割 30-1 川久保病院リハビリテーション科内

岩手県言語聴覚士会事務局

メール：iwatest_wankosoba@yahoo.co.jp