

2019 年度埼玉県失語症者向け意思疎通支援者養成研修受講申込書

一般社団法人 埼玉県言語聴覚士会 失語症者意思疎通支援者養成研修担当

埼玉県総合リハビリテーションセンター

言語聴覚科 野口行 (FAX : 048-781-1552)

ふりがな		記入日	
氏名		ご職業	(差し支えない範囲でご記入下さい)
性別・年齢	男・女 _____ 歳	生年月日	西暦 年 月 日
ご住所	(〒 -)		
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス			
ボランティア経験	<input type="checkbox"/> 無	内容：	
	<input type="checkbox"/> 有		
失語症のある人との会話経験	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 有		
修了後、活動可能な曜日・時間帯			
本研修会を知った方法	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士の紹介 <input type="checkbox"/> 失語症友の会(会名：) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 広報誌 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他()		
受講の動機 (200 字程度)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

2019 年度埼玉県失語症者向け意思疎通支援者養成研修受講申込書

一般社団法人 埼玉県言語聴覚士会 失語症者意思疎通支援者養成研修担当
 埼玉県総合リハビリテーションセンター
 言語聴覚科 野口行 (FAX : 048-781-1552)

記入例

ふりがな	さいたま げんごしえん	記入日	令和1年 8月 ○日
氏名	埼玉 言語支援	ご職業	(差し支えない範囲でご記入下さい) 会社員
性別・年齢	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女 <u>56</u> 歳	生年月日	西暦 19○○年○月 △日
ご住所	(〒123 - 5987) 埼玉県○○市○○町○丁目○番○号		
電話番号	048-123-4567	FAX 番号	048-123-4567
メールアドレス	saitama@○○○.△△.jp		
ボランティア経験	<input type="checkbox"/> 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	内容：(例) 傾聴ボランティアを行っています。	
失語症のある人との会話経験	<input type="checkbox"/> 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 仕事 <input checked="" type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> その他 ()	
修了後、活動可能な曜日・時間帯	(例) 土曜日 午後なら可能		
本研修会を知った方法	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士の紹介 <input type="checkbox"/> 失語症友の会(会名：) <input type="checkbox"/> チラシ <input checked="" type="checkbox"/> 広報誌 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他()		
受講の動機 (200字程度)	(例) 傾聴ボランティアで失語症のある人と話す機会がありましたが、コミュニケーションがうまく取れず困ったことがありました。 今回、失語症者向け意思疎通支援者のことを知り、私も失語症のある人と会話ができるようになり、ボランティアとして役に立ちたいと思い応募しました。		