

令和2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(必須)			
情報機器・通信環境について	次のうち持っているものをすべて教えて下さい <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> 持っていない オンラインでの研修は、パソコン（マイク・カメラが必要）またはスマートフォン・タブレットにて、主に Zoom（ズーム）というアプリを使用して行う予定です。また受講には、Wi-Fi やつなぎ放題プランのように、料金を気にせずに使えるインターネット環境が必要です。そのような環境での受講が可能ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
ボランティア経験	<input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 有	内容：	
失語症のある人との会話経験	<input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 有	<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 ()	
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)	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

令和2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2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	男・女 <u>56</u> 歳	生年月日	西暦 19○○年○月 △日
ご住所	(〒 1 2 3 - 5 9 8 7) 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(必須)	saitama@○○○.△△.jp		
情報機器・通信環境について	次のうち持っているものをすべて教えてください <input checked="" type="checkbox"/> パソコン <input checked="" type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> 持っていない オンラインでの研修は、パソコン（マイク・カメラが必要）またはスマートフォン・タブレットにて、主に Zoom（ズーム）というアプリを使用して行う予定です。また受講には、Wi-Fi やつなぎ放題プランのように、料金を気にせず使えるインターネット環境が必要です。そのような環境での受講が可能ですか？ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
ボランティア経験	<input type="checkbox"/> 無	内容：(例) 傾聴ボランティアを行っています。	
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input checked="" type="checkbox"/> 有		
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。		