令和8年度福岡県失語症者向け意思疎通支援者養成講座受講申込書

表記講習会の募集要領に基づき、受講を申し込みます（締め切り5月31日　＊当日必着）

		記入日	年　月　日		
ふりがな		生年月日	年　月　日		
氏名		性別		職業	
現住所	〒				
電話番号		e-mail			
勤務先					
勤務先住所					

失語症者との会話経験	□有→□家族　□仕事 □その他（　　） □無
医療介護福祉関連資格	□有　（　　） □無□
本講習会終了者名簿の登録及び、区市町村への名簿提供	□可　□不可
登録後　活動可能な曜日・時間帯	□平日昼間　□平日夕方 □土日昼間　□土日夕方 □不定期　□その他（　　）
本講習会を知った方法	□言語聴覚士の紹介 □失語症友の会（会名：　　） □チラシ　□ 広報誌　□ 社会福祉協議会 □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当会の個人情報保護方針に基づき講習会実施の目的以外には利用いたしません。

事業実施主体：福岡県福祉労働部

事業運営主体：一般社団法人福岡県言語聴覚士会