令和７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７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、テキストを送信します | | | |
| 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 |  | | |
| テキストの印刷・郵送希望  （別途1,000円かかります） | あり　　・　　なし | | | |
| 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７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７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  ★職場等でなくご自宅の住所を記載してください | | | |
| 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、テキストを送信します  [xxx@xxx.com](mailto:xxx@xxx.com) | | | |
| 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](mailto: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 | 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 | | |
| テキストの印刷・郵送希望  （別途1,000円かかります） | あり　　・　　なし | | | |
| 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