

平成 30 年度

神奈川県『失語症者向け意思疎通支援者養成講習会』申込書

ふりがな

①名前： _____

②生年月日： 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳 ③性別： 男・女

④ご住所（ご自宅）： (〒 _____ - _____)

⑤電話番号： _____ ⑥FAX（お持ちの方）： _____

⑦ご自宅が神奈川県外の方は 勤務先または通学先の名称と住所をご記入下さい。

勤務先・通学先（どちらかに○をつけて下さい）

名称： _____

住所： (〒 _____ - _____)

⑧メールアドレス（お持ちの方）： _____

*このメールアドレスを今後連絡用に使用してもよろしいですか？ はい・いいえ

⑨ご職業（差支えない範囲でご記入ください）： _____

⑩次の質問にお答えください。

1) 失語症の人と接した事がありますか？

・はい : 家族・知人・ボランティア先で・仕事で・その他 (_____)

・いいえ

2) 応募の動機をお聞かせください。

[_____]

⑪講習会修了後、活動可能な曜日・時間帯： _____

*氏名・生年月日は修了証書に記入いたしますのでお間違いのないように正式にご記入ください。

*ご記入いただいた住所・氏名等の個人情報、本講習会関連事業以外の目的では使用致しません。

*講習会日程をお手元に残したい場合には、コピーしてご使用ください。 ☆ご応募お待ちしております☆