

2020年度（令和2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

①名前（ふりがな）： _____

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○を付けて下さい）

名称： _____

住所：(〒 -)

⑧メールアドレス（必須）： _____

*このメールアドレスを今後連絡用にも使用してもよろしいですか？ はい ・ いいえ

⑨ご職業（差支えの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修了後、意思疎通支援者として活動可能な曜日・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、本講習会等関連事業以外の目的では使用致しません。

*講座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。

*今年度は、コロナ禍への対応としましてオンデマンドを活用した講習(8.5時間)の受講とオンデマンド講習に関するレポート提出が必須です。**そのため、パソコンやタブレットをご準備いただくとともに、LANケーブルでの有線接続や安定した無線（Wi-Fi）通信環境が必要となります。**

*下記に対面での講習会開催予定日を掲載いたします。

*現地実習（失語症友の会等）は別途講習会内でご案内いたします。

	日付	講習内容	時間	会場
①	10月17日 (土)	開講式 失語症概論 コミュニケーション支援技法（実習）Ⅰ	13:45～18:15	ウィリング横浜 9階 研修室902
②	11月15日 (日)	コミュニケーション支援技法（実習）Ⅰ	13:15～16:45	神奈川県総合医療会館 2階 A会議室
③	12月20日 (土)	身体介助の方法 外出同行支援（実習）	13:45～17:30	ウィリング横浜 9階 研修室901
④	1月23日 (土)	コミュニケーション支援実習Ⅰ	12:30～16:15	神奈川県総合医療会館 2階 A会議室
⑤	2月28日 (日)	コミュニケーション支援実習Ⅰ 修了式	12:30～16:30	

☆ご応募お待ちしております☆