

栃木県失語症者向け意思疎通支援者養成研修申込書

(一社) 栃木県言語聴覚士会
 会長 佐藤 文子 様

栃木県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。

ふりがな			生年月日 (年齢)
氏名			年 月 日生
			満 歳
住所	〒		
電話		メール	
緊急連絡先	(氏名・電話)		(続柄)
受講歴	年度	年度	
習得しているコミュニケーション手段・経験年数	(例) 手話、要約筆記など(〇〇年)		
職業			
必要な配慮等			
その他			
〈 (事務局使用欄) 〉			受付番号