

令和7年度 失語症者向け意思疎通支援者養成講習会受講申込書

標記講習会の募集要領に基づき、受講を申し込みます。

締切 令和7年3月28日 23:59
郵送の場合 3月21日 (当日消印有効)

記入例

		記入日	令和7年 3月 8日		
ふりがな	とうきょう いしこ		生年月日	昭和 平成	○年 △月 □日 (×歳)
氏名	東京 意思子				
	職業		会社員		
住所	〒123-4567 東京 都県 ○○ 区市町村 ××町△丁目○-○ △△マンション101号				
電話番号	03-1234-5678		E-mail	is●hi●.tokyo@ho●mail.co.jp	
FAX	同上				
勤務先 (学生の場合は学校名)	株式会社 ○○○○				
勤務先住所 (学校住所)	〒321-9876 東京都△△区××町○丁目○-○				
失語症者との会話経験	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無				
医療介護福祉関連資格	<input type="checkbox"/> 有 → () <input checked="" type="checkbox"/> 無				
本講習会修了者名簿への登録及び区市町村への名簿提供	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				
登録後 活動可能な曜日・時間帯	<input checked="" type="checkbox"/> 平日昼間 <input type="checkbox"/> 平日夕方 <input type="checkbox"/> 不定期 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (月に1回程度日曜日も可能)				
本講習会を知った方法	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士の紹介 <input type="checkbox"/> 失語症友の会 (会名:) <input type="checkbox"/> チラシ <input checked="" type="checkbox"/> 広報誌 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他 ()				
受講志望動機 (200字~400字) 一昨年、ヘルプマークをつけた方が、駅の券売機の前でメモを見ながらお困りの様子で、しばらく迷いながら操作をした後、結局何もせずに疲れた様子でお帰りになったことがありました。何かお手伝いしたかったのですが、安易に口を出して混乱を招いても良くないと、悩んだ挙句に声を掛けられませんでした。 その後、たまたま見たテレビで失語症という病気を取り上げていました。失語症では、ことばを話す・書く・理解することが難しかったり、数字もよくわからなくなってしまうと知りました。券売機の方が失語症だったのかはわかりませんが、そういう方への理解と知識と支援技術があれば、あの時、声を掛けてお手伝いすることができたと思います。 日常的に困っている方のお役に立ちたいと思い、受講を志望いたしました。					
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御記入ください。 現在は特にありません。					
1次選考を通過された場合、2次選考の面接で どうしてもご来場不可の日 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (両日とも来場可) <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 17日午前 <input type="checkbox"/> 17日午後 <input type="checkbox"/> 18日午前 <input type="checkbox"/> 18日午後					

例：失語症友の会
職場、友人 など

例：介護支援専門員、看護師、失語症会話パートナー、介護福祉士、ヘルパー、PT、OT、ST など