福島県障がい福祉課　宛

（E-mail　shitsugosho@pref.fukushima.lg.jp　）

　（FAX024-521-7929）

失語症者向け意思疎通支援者養成講習会申込用紙

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  （ふりがな）氏　　名　 |  | 記入日 | R６年　　月　　　日 |
|  |
| 職業 |  |
| 年齢・年齢 | 　　　　歳　（男・女） | 生年月日 | S　H　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | 自宅携帯 | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |
| 失語症者との会話経験 | □無　□有 （ □親族 □仕事 □その他 　　　　　　　） |
| 実習希望会場 | □福島 □郡山　　□いわき　　□会津　　□未定 |
| 受講申込の動機 |  |

※個人情報の取り扱い上、FAXで申し込みの場合は事前に電話で連絡してください。（０２４－５２１－７１７０）

※不明な点があればお問い合わせください。

※申し込み後、記載のメールアドレスに確認メールを送信します。3日経ってもメールが届かないときには連絡願います。