

『鹿児島県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会』 申込用紙

申込期間：令和2年8月17日（月）～ 令和2年10月2日（金） ※最終日は17時必着

申込先：鹿児島医療技術専門学校 言語聴覚療法学科 高吉

申込方法：QRコード、メール、FAXのいずれかの方法にて、お申し込みください。

【QRコード】

右記のQRコードを読み取り、必要事項を記載し、送信してください。



QRコード

【メール】 st.takayoshi@harada-gakuen.ac.jp

メールに下記の必要事項を記載し、送信してください。

【FAX】 099-262-5252

送付状は不要です。こちらの用紙に直接記入し、送信してください。

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日 年齢 歳
住所	〒		
	鹿児島県		
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
連絡先	電話番号		
	FAX		
	メールアドレス		
質問にお答えください	①失語症の人と接したことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい： 家族・知人・ボランティア・仕事・その他（ ） <input type="checkbox"/> いいえ		
	②応募の動機をお聞かせ下さい。		

※ご記入いただいた個人情報本講習会関連事業以外の目的では使用いたしません。

※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ご記入ください。