令和６年度

富山県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会

申込書

１．氏名：

２．住所：

３．生年月日：　昭・平　　　年　　月　　日　　　　歳

４．職業(勤務先)：

５．メールアドレス：

６．連絡先電話番号：

７．志望動機：

８．その他(質問など)：

※ 記載いただいた情報は、当会の個人情報保護方針に基づき、講習会実施の目的以外には

利用いたしません。

（申込み・問合わせ先）

〒933-8555

富山県高岡市永楽町5-10　 厚生連高岡病院　 リハビリテーション部

富山県失語症者向け意思疎通支援者養成講習会事務局　　高嶋

　　　　電話：0766-21-3930　　ＦＡＸ：0766-24-9509

メール：toyama425ishisotsu@gmail.com