

令和6年度大阪府失語症者向け意思疎通支援者養成研修（追加募集）
 <パートナー養成コース 受講申込書>

大阪府知事あて

令和6年 月 日

私は、失語症者向け意思疎通支援者としての活動をめざし、本研修の受講を申し込みます。

ふりがな			
氏名	生年月日	S・H	年 月 日
住所	〒 -		
連絡先	(携帯電話)	(固定電話)	
	(メールアドレス)	(FAX)	
志望理由 【選考対象】	(1) 失語症者支援のうち、どのようなことに関心がありますか。		
	(2) その他、失語症者向け意思疎通支援者になりたいと考えた理由をお書きください。		

経歴・スキル 【選考対象】	福祉事業所等に勤務（該当する場合、以下に事業所の詳細をご記入ください。）	
	事業所名	
	住所	
	連絡先	
	勤続年数	() 年
	業務内容	
	医療・介護・福祉分野の専門職	
	職種等 ()	
	失語症以外の意思疎通支援に関する資格	
	資格名 ()	
受講への 配慮と理由	家族の立場で失語症者と日常的に関わった経験がある	
	具体的な関わり ()	
	失語症友の会等の活動支援をしている	
	具体的な活動内容 ()	
	失語症以外の方に対する友の会等の活動支援をしている	
	具体的な活動内容 ()	
その他 ()		
配慮を必要とする内容		
配慮を必要とする理由		

- ・太枠部分については、該当する項目に✓を記入してください。
- ・オンライン研修の受講に必要なパスワード等は、申込書に記入いただいたメールアドレスあてにお送りします。
- ・本申込書に記載の個人情報、事業所に関する情報は、本事業以外の目的では使用しません。

失語症当事者との筆談を想定し、筆跡についても選考対象としますので、受講申込書は必ず手書きで記入してください。