

# 日程・カリキュラム

日 程	時 間	内 容
10月6日(土)	10:00~12:30	開講式／本事業の説明(概要・必要性など)／失語症とは／意思疎通支援者の心構えと倫理
10月20日(土)	10:00~12:30	コミュニケーション支援技法Ⅰ
11月10日(土)	10:00~12:30	コミュニケーション支援実習
11月17日(土)	10:00~12:30	身体介助の方法／身体介助の実習
12月1日(土)	10:00~12:30	外出同行支援／派遣事業と意思疎通支援者の業務
1月19日(土)	10:00~12:30	コミュニケーション支援技法Ⅱ
2月2日(土)	10:00~12:30	コミュニケーション支援実習
2月16日(土)	10:00~12:30	コミュニケーション支援実習
3月9日(土)	10:00~12:00	コミュニケーション支援実習／修了式

※上記日程は「講習のみ」です。別日に「実地実習」を予定しております。

## FAX申し込み用紙

(茨城県言語聴覚士会 事務局行 FAX: 029-303-7034)

ふりがな 氏 名		記入日	
		ご職業	
性別・年齢	男・女 _____ 歳	生年月日	
住 所	(〒 _____ )		
電話番号		FAX	
メールアドレス			
失語者との 会話経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
ボランティア 保険加入状況	<input type="checkbox"/> 加入済み <input type="checkbox"/> 未加入    (どちらかに✓をつけて下さい)		
受講申込の 動機	_____ _____		

※記入漏れ、生年月日等の記入間違いのないようにお気をつけ下さい  
 ※個人情報個人情報保護法の趣旨にのっとり、適切にお取扱いいたします