

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。

《申込書類郵送先・問い合わせ先》

〒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