年　　　　月　　　　日

失語症者向け意思疎通支援者登録届出書

練　馬　区　長　殿

届出者住所

氏　名

失語症者向け意思疎通支援者の登録を受けたいので、下記のとおり登録の届出を行います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名  生年月日 | 年　月　日生　　歳 | 住　所 | 〒 |
| 電　話 |  |
| メール |  |
| 研修受講 | 東京都失語症者向け意思疎通支援者養成講習会（必修基礎コース） | 修了年月日  　　　　年　　　月　　　日 | |
| 東京都失語症者向け意思疎通支援者養成講習会（応用コース） | 修了年月日  　　　　年　　　月　　　日 | |
| その他の研修  （　　　　　　　　　） | 修了年月日  　　　　年　　　月　　　日 | |
| 活動歴 | 団体名  活動場所 | 活動期間  　　　　年　　　月　　　日～  　　　　年　　　月　　　日 | |
| 団体名  活動場所 | 活動期間  　　　　年　　　月　　　日～  　　　　年　　　月　　　日 | |
| 団体名  活動場所 | 活動期間  　　　　年　　　月　　　日～  　　　　年　　　月　　　日 | |
| 資　格 | １ 無　２ 有　（言語聴覚士）　３ その他（　　　　　　　） | | |