様式第１号（第４条関係）

失語症者向け意思疎通支援者登録申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

 一般社団法人

千葉県言語聴覚士会会長　　殿

申請者

　私は、失語症者向け意思疎通支援者として登録したいので、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な |  |
| 氏　　　　　名 |  |
| 生　年　月　日 | 年　　　　月　　　　日生 |
| 住　　　　　所 | 〒　　　－ |
| 電　話　番　号 | （　　　　）　　　－　　　　 |
| 携帯電話番号 | （　　　　）　　　－　　　　 |
| メールアドレス | ＠ |
| 修了者番号※ |  |
| 派遣可能曜日・日時等 |  |

※修了者番号は、千葉県失語症者向け意思疎通支援者養成研修の修了証に記載されているものを記入ください。他の自治体発行の修了証の場合は、その修了者番号を記入してください。