

別紙

令和8年度京都府失語症者向け意思疎通支援者（会話パートナー）

養成研修会受講申込書

令和8年 月 日

ふりがな 氏 名			
生年月日	昭和 平成 西暦 年 月 日生 (歳)		
住 所	〒 —		
電 話		携 帯	
F A X		E-mail	
勤務先又は学校名		職 業	
所在地		電 話	
宣 誓	研修終了後、京都府内の失語症者への支援を行います。		
受 講 理 由	(できる限り詳しく記載してください。)		
特 記 事 項	(「障害のある方は障害種別・等級」を、「医療介護福祉関連資格をお持ちの方はその資格」を御記入ください)		
その他	(失語症者支援等の活動歴など)		

※必要事項を記入し、元号、西暦は該当するものに○をつけること