

# 補聴器講習会のお知らせと申込書

下記の要領で医師以外の方を対象に補聴器に関する講習会を日本聴覚医学会ならびに日本言語聴覚士協会との共催にて開催いたします。受講資格を確認の上ご希望の方は下記に従ってお申し込みください。なお、日本言語聴覚士協会生涯学習プログラム1ポイントとなります。

## 記

期 間 令和4年2月15日(火)～16日(水)の2日間  
会 場 昭和大学 上條記念館 〒142-0064 東京都品川区旗の台1丁目1番地20  
東急池上線・大井町線「旗の台駅」徒歩7分  
東京メトロ南北線・都営三田線直通東急目黒線「西小山駅」徒歩12分  
受 講 料 30,000円(受講料は申込み受付の確認をしてから請求いたします)  
講習内容 聴覚障害の種類・程度と補聴器、聴覚検査と補聴器、補聴器の種類と機能、補聴器のフィッティング、装用効果の評価、福祉と補聴器など。  
受講資格 医療業務の免許〔言語聴覚士、看護師、准看護師、保健師、臨床検査技師〕を有する方で、医科医療機関で業務に従事しているか従事予定の方に限ります。また、日本聴覚医学会会員の推薦が必要です(推薦者不在の場合は事務局までご連絡ください)。  
受付人数 50名  
申込期間 令和3年9月1日～11月30日  
申 込 先 〒105-0012 東京都港区芝大門1-4-4 ノア芝大門405 一般社団法人日本聴覚医学会講習会委員会  
TEL 03-5777-6310 FAX 03-5777-4605

(注意)「申込書」は下記の規定のもの、そのコピーまたは本学会ホームページ(<http://audiology-japan.jp/>)からダウンロードしたものを使用してください。各欄すべて記入、捺印してfaxまたは郵送でお送りください。不備な申込書は受付できません。ご不明な点は上記申込先までお問い合わせください。

切 取 線

受付No. H-

《補聴器》

補聴器講習会申込書

令和4年/東京

ふ り が な 氏 名		男 西暦	女 年 生			
勤務先名(所属まで記入)						
所 在 地	〒 ー	TEL FAX				
郵便物送付先を 自宅希望の方	〒 ー	TEL FAX				
最 終 学 校 名		西暦	年 月 卒業			
言 語 聴 覚 士 言語聴覚士以外に○	取得年度 西暦 年 (日本言語聴覚士協会 会員No. ) 取得年度 西暦 年 看護師 准看護師 保健師 臨床検査技師					
聴力検査経験に○	～3年	～5年	～7年	～10年	10年以上	年
推 薦 者 (日本聴覚医学会会員)	氏 名					Ⓔ