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６年２月13日（火)～14日（水）の２日間
会　　場　グランパークカンファレンス　東京都港区芝浦３−４−１
≪JR≫山手線・京浜東北線「田町駅」芝浦口（東口）徒歩５分
≪地下鉄≫都営浅草線，都営三田線「三田駅」Ａ４出口徒歩７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。
受付人数　50名
申込期間　令和５年９月１日～10月31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

≪補 聴 器≫　　**令和６年補聴器講習会申込書**　　受付 No.　H−

ふりがな 氏　　名	男　　女 西暦　　年　生
メールアドレス	
勤務先名(所属まで記入)	
所　在　地	〒　　− TEL FAX
郵便物送付先を自宅希望の方	〒　　− 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№　　） 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　　㊞