

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7年2月18日(火)～19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6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7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			印		