

聴力測定技術講習会《アドバンストコース》のお知らせと申込書

令和9年2月に開催予定の第90回聴力測定技術講習会「ベーシックコース」に並行して「アドバンストコース」の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9年2月18日（木）～19日（金）の2日間
 会 場 KFC Hall & Rooms 東京都墨田区横網1丁目6-1 国際ファッションセンタービル内
 <地下鉄>都営大江戸線「両国駅」A1出口徒歩0分
 <JR>総武線「両国駅」東口・西口 徒歩7分
 受講料 25,000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 純音聴力検査, マスキング, 語音聴力検査, 他覚的聴検, インピーダンスオージオメトリ, 幼児聴検, 補聴器などについてより高いレベルの内容の研修を行います。
 受講資格 聴力測定技術講習会《一般》受講済みの方に限ります。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へご連絡ください。
 受付人数 50名
 申込期間 令和8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

《アドバンスト》 令和9年聴力測定技術講習会申込書

受付 No. M-

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	
本学会講習会受講年	西暦 年 合格証書番号 No.	
聴力検査経験に○	～3年 ～5年 ～7年 ～10年 10年以上 年	
最終学校名	西暦 年 月卒業	
医療関係職の免許に○	看護師 准看護師 保健師 臨床検査技師 言語聴覚士（日本言語聴覚士協会 会員No.)	
推薦者 (日本聴覚医学会会員)	氏 名	㊟