聴力測定技術講習会≪ベーシックコース≫のお知らせと申込書

第90回聴力測定技術講習会は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。人数に制限がありますので先着順とし定数に達し次第締め切らせていただきます。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16日（火)～２月19日（金）の４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　50,000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　日常臨床で頻用されている聴覚検査に関して，基礎的な内容から検査手技まで初歩的なレベルの講習を行います。
受講資格　医療業務の免許［医師，看護師，准看護師，保健師，臨床検査技師，言語聴覚士］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へご連絡ください。
受付人数　120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

≪ベーシック≫　令和９年聴力測定技術講習会申込書

受付 No.

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
聴力検査経験年数に○	～１年　～３年　～５年　～10年　10年以上　なし
右記検査経験の有無に○	①純音　有　無　②語音　有　無　③インピーダンス　有　無
最終学校名	西暦　　年　　月卒業
医療関係職の免許に○	医師　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№　　）
推薦者 (日本聴覚医学会会員)	氏　名　　㊞