

令和7年度所沢市手話講習会 上級課程 申込書

ふりがな			
氏名			
生年月日	昭・平 年 月 日生	年齢	歳
住所	〒		
電話	① 自宅 () ② 携帯 ()		
Gmail	Googleドライブを利用して資料のやり取りやレポート提出を行います _____@gmail.com アカウントを持っていない場合は、空欄で構いません 受講決定後、作成していただきます		
職業		勤務先名/ 学校名	
受講申し込み理由（具体的にお書きください）			
手話の学習をどのように活かしていきたいですか			
<input type="checkbox"/> 全 34 回の講義を継続して受講できますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（理由 _____） <input type="checkbox"/> 他市での手話講習会の受講経験はありますか <input type="checkbox"/> あり（ _____ 市 ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 聴覚障害者に関わるボランティア活動はしていますか もしくは、した経験がありますか <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> した経験がある（団体名： _____） <input type="checkbox"/> していない（活動内容： _____） <input type="checkbox"/> この講習会を何で知りましたか （ _____ ）			
テキスト （発行：社会福祉法人手話研 修センター） ※お持ちでない方は 「注文する」に〇を してください	手話通訳 I ホップステップジャンプ 3,080 円（税込）	注文する・注文しない	

※個人情報は「所沢市社会福祉協議会個人情報保護規程」に基づき管理します

社会福祉法人所沢市社会福祉協議会