

令和7年度所沢市手話講習会 基礎課程 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33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"/> 事前学習を行うためのインターネット環境、スマートフォン、タブレット、パソコンなどを準備できますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 相談したい方はこちらに理由を記入（ _____） <input type="checkbox"/> この講習会を何で知りましたか （ _____）			

※個人情報「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