

令和6年度所沢市手話講習会 手話通訳者養成課程 申込書

ふりがな			
氏名			
生年月日	昭・平 年 月 日生	年齢	歳
住所	〒		
連絡先	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			
<p>○全40回の講義を継続して受講できますか □はい □いいえ（理由 _____）</p> <p>○他市での手話講習会の受講経験はありますか □あり（ _____ 市 ） □なし</p> <p>○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 □している □した経験がある（団体名： _____） □していない （活動内容： _____）</p> <p>○この講習会を何で知りましたか （ _____ ）</p>			
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○ をしてください	通訳者養成のための「講義テキスト」改訂版 1,980円（税込）	注文する・注文しない	
	手話通訳Ⅱ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	
	手話通訳Ⅲ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