

令和 7 年度「東京都手話通訳者等養成講習会」

受講申込書

上記講習会の募集要項に基づき、受講を申し込みます。

東京都福祉局殿

令和 7 年 月 日

フリガナ		昭和 平成	年 月 日生		職業
氏名			歳		
現住所	〒		電話		
			FAX		
			E アドレス		
勤務先 (在学先) 名称及び 所在地	〒 名称( )				
必要事項の記入を お願いします。	★手話指導者養成クラス(中途失聴・難聴者向け手話指導) 聴覚障害 有 / 無 手話指導経験 有 / 無 (令和 7 年度手話指導予定… 有 / 無 ) 地域登録手話通訳者登録年度 有((和暦)____年度より登録) / 無				
所属サークルまたは 所属団体(活動地域)					

- ※ 都外在住者は、勤務先または在学先名称及び所在地と、都内での活動地域を明記してください。
- ※ 聴覚障害・指導経験の有無いずれかに○をつけてください。
- ※ 地域登録手話通訳者の有無いずれかに○をつけ、登録がある方は登録年度を記入してください。
- ※ 個人情報は本講習会あるいは運営業務以外には使用しません。