

健康支援課 障がい支援係 手話奉仕員養成講座担当行

令和2年度 西原町手話奉仕員養成講座(入門編) 申込書

年 月 日

ふりがな
氏名 _____ 男 ・ 女 _____

住所 _____

連絡の取れる電話番号 _____

生年月日 (昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

添付書類 免許証 その他(3点確認)① _____ ② _____ ③ _____

西原町にお勤めの方

会社名 _____

会社の電話番号 _____

西原町に在学の方

学校名 _____

学校の電話番号 _____

手話学歴を教えてください。

① 手話に接するのは初めてです。(はい ・ いいえ)

② 前に手話奉仕員養成講座・講習会などを受講したことがあります。

(はい・いいえ)

講座名 :

③ 手話サークルの会員である。(はい ・ いいえ)

サークル名 _____ サークル活動歴 _____ 年

④ その他 (動機)

※個人情報の取り扱いについて、参加申込書に記載された個人情報は当講座の
運営管理の目的にのみ利用させていただきます。

西原町役場 健康支援課
障がい支援係(崎山・與那嶺)
TEL : 098-945-5013