**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

　　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：

1. 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

1. 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