2024年度 鳥取県盲ろう者向け通訳・介助員養成講習会 受講申込書

鳥取県盲ろう者支援センター　御中

ふりがな 受講者氏名 （※）		生年月日 （※）	昭和 平成　　年　　月　　日
住　所	〒　　－		
電話番号	－　　－		
F　A　X	－　　－		
メールアドレス	パソコンからのメールを受信できる設定をお願いします。受講案内の最後にあるアドレスから送信します。		

	障がい種別	肢体・車イス・視覚・聴覚　（手話通訳　要・不要） （要約筆記　要・不要） その他： 急な連絡をするときの優先順位を①②③④と記入してください。
	手　話	出来る　　出来ない
	点　字	出来る　　出来ない （指点字・ライト式・パーキンス式・ブリスタ）
	資　格	手話通訳者・手話奉仕員　（　有　・　無　） 要約筆記者　（　有　・　無　） 点訳奉仕員　（　有　・　無　） 同行援護従業者・ガイドヘルパー　（　有　・　無　） その他：

志望動機をお書きください：

（※）　この受講申込書に記載された氏名・生年月日で修了証書等を作成しますので、
はっきりと、分かるように、記入してください。
ここに記入された情報は、講習会以外では使用いたしません。