

## 2026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西部センター 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 その他：	(手話通訳 要・不要) (要約筆記 要・不要)	↑ 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・ブリスト)	
	資 格	手話通訳者・手話奉仕員 要約筆記者 点訳奉仕員 同行援護従業者・ガイドヘルパー その他：	( 有 ・ 無 ) ( 有 ・ 無 ) ( 有 ・ 無 ) ( 有 ・ 無 )
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。