|  |
| --- |
| 令和４年度「東京都手話通訳者等養成講習会」 |
| **受　講　申　込　書　③** |
| 上記講習会の募集要項に基づき、受講を申し込みます。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 東京都福祉保健局長殿 | 令和４年　　月　　日 |
| フリガナ |  | 昭和平成 | 　　　　　年　　月　　日生歳 | 職業 |  |
| 氏名 |  |
| 現住所 | 〒 | 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 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４年度手話指導予定…　有　／　無　）地域登録手話通訳者　　有（（和暦）　　　年度より登録）　／　無手話指導者クラス修了年度　（和暦）　　　年度 |
| 所属サークルまたは 所属団体（活動地域） |  |

|  |
| --- |
| **※　本クラスは、2019年度までに同一クラスを受講した方に限り、再度の受講が可能です。** |
| ※　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。 |
| ※　過去に手話指導者クラスを修了したことがある方は、修了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。 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 令和４年度「東京都手話通訳者等養成講習会」 |
| **記載例** | **受　講　申　込　書　③** |
|  | 上記講習会の募集要項に基づき、受講を申し込みます。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 東京都福祉保健局長殿 | 令和**４**年**５**月**〇**日 |
| フリガナ | **ハケン　タロウ** | 昭和平成 | **37**年**4**月**〇**日生**６０**歳 | 職業 | **会社員** |
| 氏名 | **派遣　太郎** |
| 現住所 | 〒**○○○－××××****東京都新宿区○□町1-2-34-506** | 電話 | **12-3456-7×××** |
| ＦＡＸ | **98-7654-3○○○** |
| 勤務先(在学先)名称及び所在地 | 〒**160－0022****東京都新宿区新宿2-15-27****名称（東京手話通訳等派遣センター**　　） |
| 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４年度手話指導予定…　有　／　無　）地域登録手話通訳者　　有（（和暦）　　　年度より登録）　／　無手話指導者クラス修了年度　（和暦）　　　年度 |
| 所属サークルまたは 所属団体（活動地域） |  |

|  |
| --- |
| **※　本クラスは、2019年度までに同一クラスを受講した方に限り、再度の受講が可能です。** |
| ※　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。 |
| ※　過去に手話指導者クラスを修了したことがある方は、修了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。 |