

令和 8 年度「東京都手話通訳者等養成講習会」

受講申込書

上記講習会の募集要項に基づき、受講を申し込みます。

東京都福祉局殿

令和 8 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	西暦 年 月 日生	年 齢	歳
氏名					
現住所	〒	電話			
		FAX			
メール アドレス	※携帯・パソコンの両方をお持ちの方は両方の記載をお願いします。				
職業					
在勤先 (在学先) 名称及び 所在地 ※1	名称				
	〒				
	※1 都外在住者は、都内における在勤先または在学先の名称及び所在地を明記してください。				
希望クラス 希望クラス名及び昼 夜の別に○をつけてく ださい。各クラスとも 必要事項をご記入下 さい。 ※2 過去に手話通訳 者特別クラス(旧名) を受講された方は、再 び手話通訳者実践ク ラスを受講することは できません。 ※3 「手話通訳士実 践クラス」「専門分野 実践クラス」申込者 は、「士」登録番号を 記載してください。	★地域手話通訳者クラス 昼クラス / 夜クラス 手話学習経験年数 約 ____年 ____ヶ月				
	★手話通訳者実践クラス※2 クラス : 昼クラス / 夜クラス / 昼夜どちらでも 応募資格①の方 地域登録手話通訳者登録年度(和暦)____年度 応募資格②の方 地域手話通訳者クラス修了年度(和暦)____年度				
	★手話通訳士実践クラス※3 昼クラス / 夜クラス 手話通訳士登録番号 _____				
	★専門分野実践クラス※3 夜クラス 手話通訳士登録番号 _____				
	★手話指導者Ⅰクラス(奉仕員養成) 昼クラス / 夜クラス 聴覚障害 : 有 / 無 手話指導経験 : 有 / 無 (令和 8 年度手話指導予定… 有 / 無) 聴者のみ : 地域登録手話通訳者登録年度 : (和暦)____年度				
	★手話指導者Ⅱクラス(通訳者養成) 昼クラス / 夜クラス 聴覚障害 : 有 / 無 手話指導経験 : 有 / 無 (令和 8 年度手話指導予定… 有 / 無) 聴者のみ : 地域登録手話通訳者登録年度 : (和暦)____年度				

所属サークルまたは 所属団体(活動地域)	
同意確認	<p> 以下の内容に同意される方は、□にチェック(レ)をし、ご署名をお願いします。 </p> <p> <input type="checkbox"/> 都内在住、または都内在勤・在学中です。 </p> <p> <input type="checkbox"/> 受講決定後のクラス変更はしません。 </p> <p> <input type="checkbox"/> 選考試験および講義内容の一切について、録音・録画・複製・転記・転載・インターネット等での配信はしません。 </p> <p> 上記事項に違反があった場合、受講資格を取り消す可能性があることを確認しました。 </p> <p style="text-align: right;"> ご署名: _____ </p>

※ 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。