

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		昭和 平成	年 月 日生	職 業 歳	
氏名					
現住所	〒		電話		
			FAX		
			E アドレス		
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。	<p>★手話指導者養成クラス(中途失聴・難聴者向け手話指導)</p> <p>聴覚障害 有 / 無</p> <p>手話指導経験 有 / 無 (令和8年度手話指導予定… 有 / 無)</p> <p>地域登録手話通訳者登録年度 有((和暦)____年度より登録) / 無</p>				
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>				

※ 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。

※ 個人情報とは本講習会あるいは運営業務以外には使用しません。