神奈川県聴覚障害者福祉センター

養成コース【通訳Ⅰ】申込書

（令和７（2025）年１月スタート　水曜夜）

申込受理：　　年　　月　　日

チェック✓を入れてください （一つでも✓が入っていない場合、お申込みを受理できません）	☐ 原則として全 36 回に出席できる ☐ 過去にセンター主催【通訳Ⅰ】受講経験がない ☐ 申込時点で満 18 歳以上である ☐ 神奈川県域（横浜・川崎市を除く神奈川県内）に在住している ☐ 奉仕員養成講座を修了または「手話を学ぼう 手話で話そう」「講義テキスト」の内容を習得している ☐ 手話で聴覚障害者と意思疎通ができる ☐ 認定資格取得後、神奈川県およびお住まいの市町村に登録して手話通訳活動ができる		
ふりがな		年齢	歳
名　前			
住　所	〒 TEL　　Email		
緊急連絡先	（緊急連絡先は …　本人　・　本人以外の場合、お名前と関係　　） ※荒天などの緊急時に連絡することがあります。確実に繋がる連絡先をご記入ください。		
あなたはお住まいの市町村手話サークルに いずれかに✓ 及び必要事項を記入してください （サークルに入っていても、お住まいの市町村でない場合は「入っていない」を選択してください）	☐　入っている　→ サークル名（　　） ☐　入っていない → 理由を下欄に記入してください（簡潔に）		
	理　由		
手話学習経験	【　　年　】　（例　２年３ヶ月 → ２年） ※年数のみをご記入ください。年未満の数字は四捨五入してください。		
手話奉仕員養成講座を （厚生労働省手話奉仕員養成カリキュラム対応） いずれかに✓ 及び必要事項を記入してください （一度、お住まいの市町村聴覚障害者協会にご相談の上、お申し込みください）	☐　修了した　→ 講座名（　　） 実施市町村（　　市・町・村） ☐　修了していない → 下欄①②の設問に回答してください		
	① 厚生労働省手話奉仕員養成カリキュラム修了同等の知識および技術はありますか ☐　有り　　☐　無し		
	②「手話で学ぼう 手話で話そう」および「講義テキスト」の内容を習得していますか ☐　習得している　　☐　習得していない		
特記事項	※受験・受講にあたって必要な配慮等があれば、こちらにご記入ください。 ※ご希望に沿えない場合があります。ご了承ください。		

※ 注意事項

「受講案内」を必ずご確認のうえ、太枠の中のみ、ご記入ください。記入に不備があった場合、お申し込みをお受けできないことがあります