令和６年度国際手話講座　初級編　受講申込書

ふりがな		年　齢	歳
氏　名			
住　所	（〒　　－　　） 市 町・村 ＊在住者以外は　在勤・通学の欄にチェックをお願いします。 在勤□　　在学□ 電話番号（　　）　　－ ファクス（　　）　　－ ※ファクスをお持ちでない方は、Ｅメールアドレスを必ずご記入ください。 Ｅメール　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＊緊急連絡や受講に関するお知らせの際に連絡を致します。		
手話経験ほか ＊講座の進め方の参考にします	①手話通訳者（　　） ②手話通訳ではないが手話での日常会話は可能（　　） ③手話を使用する聴覚障がい者（　　） ④手話の経験なし（　　） ⑤講座出席率 80%（10 回以上）出席できる（　　）		

- 太枠内はすべて、必ずご記入下さい。
- これらの個人情報は、当講習会に関する目的以外に使用しません。
- 受講決定のご連絡は、8 月 31 日（金）に通知します。
- 応募多数の場合は、講座出席率 80%（10 回以上）出席できる方を優先します。

【問い合わせ先】

神奈川県聴覚障害者福祉センター　国際手話講座担当

〒２５１－８５３３　藤沢市藤沢９３３番地の２

電　　話　０４６６（２７）１９１１　　ファクス　０４６６（２７）１２２５

メ ― ル　kokusai@kanagawa-wad.jp

申込締切　令和 6 年 8 月 30 日（金）17 時　必着