

平成 30 年度神奈川県手話通訳者養成講習会

特別養成コース 受講申込書

			受付番号
ふりがな			
名 前		年 齢	歳
住 所	〒 TEL FAX E-mail		
緊急連絡先	TEL FAX E-mail		
所属手話 サークル等	(市・町・村)	手話学習経験	年
養成コース 受講修了年度	養成コース「 年度 」 その他「 」	認定試験 受験回数	回

※ 注意事項

- 1 太枠の中のみ、必ず、ご記入ください。記入内容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。
- 2 メールアドレスは、shuwa-y@kanagawa-wad.jp から受信できるように、あらかじめ設定しておいてください。パソコンからのメールが届かないことがあります。
- 3 「緊急連絡先」は、台風など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。

※ これらの個人情報、当講習会に関する目的以外には使用しません。