神奈川県聴覚障害者福祉センター

平成 29 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。

2　「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。勤務先の場合は、名称・所属課等もご記入ください。

※ これらの個人情報は、当講習会に関する目的以外には使用しません。