令和６年度国際手話講座　中級編　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 ＊講座の進め方の参考にします	①国際手話講座初級編　修了者、又は終了見込者（　　） ②簡単な挨拶、自己紹介等の簡単な国際手話を習得している（　） ＊②に〇の方は１２月１９日にレベルチェックがあります。ただし、国際手話講座初級編修了者を優先とするため、定員を満たさない場合のみ募集となります。 詳細はご本人に直接連絡をします。		

- 申込期間　11 月 1 日（金）～12 月 12 日（木）
- 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、12 月 19 日（木）に通知します。

【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

申込期間　：令和 6 年 12 月 12 日（木）必着