

令和 7 年度国際手話講座 初級編 申込書

申込受理： 年 月 日

チェック✓を入れてください	☐ 全 12 回のうち 10 回以上出席できる（80%以上） ☐ 当センター主催の国際手話講座を修了していない ※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		
あなたは どちらかにチェック✓を入れてください	ろう者 ☐ 難聴者 中途失聴者	⇒	☐ 日本手話を使う ☐ 日本手話は全く分からない
	☐ 聞こえる人	⇒	☐ 手話通訳者または手話通訳士 ☐ 日本手話で会話ができる ☐ 日本手話は全く分からない
ふりがな			
名 前			年齢 歳
住 所	〒 (都・道・府・県) 市・町・村		
電話番号 または FAX 番号 (あればメルアド)	TEL FAX Email		
神奈川県外の方は こちらも記入 してください	※神奈川県内にお住まいでない方は、在勤または在学のいずれかにチェック✓を入れ、その名称と住所（〇〇市まで）をご記入ください ☐ 神奈川県内在勤 (名称) ☐ 神奈川県内在学 (市・町・村)		
緊急連絡先	電話番号 または FAX 番号 ※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。		

※ 注意事項

- ①「国際手話講座のご案内」を必ずご確認のうえ、太枠の中のみ、ご記入ください。
- ②これらの個人情報、当講座に関する目的以外に使用しません。
- ③受講決定のご連絡は、5 月 17 日(木)までに、電話または FAX、メールにて通知します。

【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 933-2 電話 0466-27-1911 FAX 0466-27-1225

Email kokusai@kanagawa-wad.jp

申込×切 令和 7 年 5 月 15 日(木) 17 時 必着