**令和7年度国際手話講座 中級編　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（中級編）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 |  | | | | **年齢** | 歳 |
| **名　前** |  | | | |
| **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** | ※神奈川県外にお住まいの方は、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（○○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これらの個人情報は、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、8月1日（金）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@kabnagawa-wad.jp

**申込〆切　令和7年7月24日（木）17時　必着**