|  |
| --- |
| 別紙(２) |
| 手話通訳者養成講座(手話通訳Ⅱ)前期　昼間コース　申込書 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　講　申　込　書 | | | | | |
| 氏　名 | ふりがな | | 生年  月日 | 昭和　・　平成 | |
|  | | 年　　月　　日 | |
| 住　所 | 〒 | | | | |
|  | | | | |
| TEL: |  | 携帯番号: | |  |
| FAX: |  |  | | |
| E-Mail: |  | | | |
| **※必須　メールアドレスは必ず記入(センターより連絡する際に利用します。)** | | | | | |
| 受講希望の目的 |  | | | | |
| 達成目標 |  | | | | |

|  |
| --- |
| 【個人情報の取扱いについて】 |
| 本申込書にていただいた個人情報は、個人情報保護法及び関連法令に基づき適正に |
| 管理、保護し、目的以外の利用や第三者への情報提供は行いません。 |

|  |
| --- |
| * 手話通訳者養成講座(旧カリキュラム基本課程　)修了年　(　　　　　　　　年) |
| * 手話通訳者養成講座(旧カリキュラム応用課程)　修了年　(　　　　　　　　年) |
| * 手話通訳者養成講座(手話通訳Ⅰ)　　　　　　　修了年　(　　　　　　　　年) |
|  |
| * 現在、奉仕員として活動している　　　（　はい　・　いいえ　） |
| **最終受講歴の修了証コピーを添付して、**  **平成30年11月22日（木）までにお申込み下さい。**  〈お申込み問合せ先〉  沖縄聴覚障害者情報センター  FAX 098-943-6556  TEL 098-943-6617  担当　森田 |