|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | ふりがな | 生年  月日 | 昭和・平成  　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　所 | 〒  携帯番号：  TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： | | |
| メールアドレス |  | | |
| 受講動機 |  | | |
| 達成目標 |  | | |

【個人情報の取り扱いについて】

　　本申込書にて頂いた個人情報は、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。

以下、①～⑤は手話歴等の確認事項です、全ての項目にご回答をお願い致します。

①　手話奉仕員養成講座　修了年　（　　　　　　　　年　）

②　過去に手話通訳者養成講座（　旧　・　新　）受講済み　（　はい　・　いいえ　）

③　現在、手話奉仕員として登録がある。　（　はい　・　いいえ　）※登録市町村は（　　　　　　　　）

④　現在、手話サークルや手話関係団体等に在籍している。（　はい　・　いいえ　）

⑤　在籍しているサークル名、団体名等をお教え下さい。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑥　その他に何かありましたら、（特別な配慮や手話検定所持や資格等）下記にご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

**申込み締切り　：　平成31年3月15日(金)**

**※手話奉仕員養成講座【基礎編】修了証（写し）を添付してお申込み下さい。**

≪申込み/問い合わせ先≫

〒９０３－０８０４

沖縄県那覇市首里石嶺町４－３７３－１

沖縄県総合福祉センター西棟３階（担当　森田）

TEL　０９８－９４３－６６１７

FAX　０９８－９４３－６５５６

E-mail [oki-deaf10@otjc.org](mailto:oki-deaf10@otjc.org)