|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | ふりがな | 生年  月日 | 昭和・平成  　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住　所 | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | |
| メールアドレス |  | | |

【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、１～３は手話歴等の確認事項です、全ての項目に回答をお願い致します。

1. 手話奉仕員登録市町村等について　　　 　なし　　　 　あり　市町村名等
2. 手話サークルや手話関係団体について　 　所属なし　　　あり　団体名
3. 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）下記へご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

**※令和2年3月19日(木)　　までにお申込み下さい。**

≪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)