

令和6年度手話通訳者養成講習会【手話通訳Ⅰ・Ⅱ】受講申込書

令和6年4月 日

岩手県立視聴覚障がい者情報センター所長 様

(ふりがな)
申込者氏名

次のとおり、手話通訳者養成講習会の受講を申し込みます。

住 所	(〒)		
電 話 番 号		F A X	
E メール			
生 年 月 日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
勤 務 先	電話 — —		
(手話学習歴)			
<input type="radio"/> 手話奉仕員養成講習会受講			
・有 (年 月 修了)			
・無			
<input type="radio"/> 手話サークル活動歴等			
備 考			

岩手県立視聴覚障がい者情報センター FAX 019-606-1744
電 話 019-606-1743