

令和7年度手話通訳者養成講習会【手話通訳Ⅲ】

受講申込書

年 月 日

岩手県立視聴覚障がい者情報センター所長 あて

(ふりがな)
申込者氏名

以下のとおり、手話通訳者養成講習会の受講を申し込みます。

住 所	(〒)		
F A X 番 号		電 話 番 号	
生 年 月 日	年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女
勤 務 先	電 話 — —		
手話学習歴	○ 手話通訳者養成講習会受講 ・ 有 (手話通訳Ⅰ課程 年 月 修了) (手話通訳Ⅱ課程 年 月 修了) *他県で受講された方は修了を証する書類を添付願います。		
備 考 欄			

岩手県立視聴覚障がい者情報センター F A X 0 1 9 - 6 0 6 - 1 7 4 4
電 話 0 1 9 - 6 0 6 - 1 7 4 3