

令和3年度東村山市手話講習会 申し込み用紙

東村山市社会福祉協議会 手話講習会担当 行

以下の1～5の全てにご記入ください (申込日： 年 月 日)

1	住 所	
2	ふりがな 氏 名	
3	電話番号	固定電話： _____ F A X： _____ 携帯電話： _____
4	受講を希望するクラスにチェック (☑) を入れてください。	
	○はじめての方～2年目の方 (再受講の方含む) <input type="checkbox"/> 入門(昼)クラス <input type="checkbox"/> 入門(夜)クラス <input type="checkbox"/> 基礎クラス(受付終了)	○登録手話通訳者を目指す方 ※受講選考試験があります <input type="checkbox"/> 通訳応用クラス <input type="checkbox"/> 通訳養成クラス
5	障害等への配慮の必要性	有 ・ 無
	必要な配慮の内容 (「有」の方のみ) 例：視力、聴力、 身体の動作、車いす等	

上記に記載された個人情報は、手話講習会の開催に関してのみ使用します。

【 申込書送付先 】

〒189-0022 東村山市野口町1-25-15

FAX：042-393-0411 / E-mail：shuwa@hm-shakyo.or.jp

東村山市社会福祉協議会 手話講習会担当 行