

平成30年度 新潟県盲ろう者向け通訳・介助員研修事業 養成研修 申込書

申込日:平成30年 月 日

住 所	〒		
フリガナ 氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
自宅連絡先	TEL	FAX	
職 業 勤務先		TEL	FAX
学習経験年数／受講講座名／登録状況	手 話	経験年数	年
	受 講 講 座		
	登 録 状 況	県()市町村()	
	点 訳	経験年数	年
	受 講 講 座		
	登 録 状 況	県()市町村()	
	要約筆記	経験年数	年
	受 講 講 座		
登 録 状 況	県()市町村()		
視覚障害者向けガイドヘルパー	経験年数	年	
受 講 講 座			
登 録 状 況	()		
上記経験の 活動状況			
今研修の受講動機			
障害の有無	<input type="checkbox"/> 障害 有 (ろう者 難聴者 中途失聴・難聴者 その他) <input type="checkbox"/> 障害 無		
情報保障	必要な方は○を付けてください。 <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記		

※個人情報については、当研修の目的のみに使用します。

※来館・郵送またはFAX(025-381-8116)で、平成30年8月25日(土)までにお申し込みください。