

令和6年度 新潟県盲ろう者向け通訳・介助員養成研修会 申込書

申込日:令和6年 月 日

フリガナ			
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	〒		
連絡先	TEL メール	FAX	
職業			
資格・経験等 (福祉関連)	当てはまるもの全てに○を付けてください 無 手話通訳士 手話通訳者 手話奉仕員 要約筆記奉仕員( PC ・ 手書き ) 要約筆記者( PC ・ 手書き ) 点訳奉仕員 同行援護従業者( 一般 ・ 応用 ) 社会福祉士 看護師 介護福祉士 重度訪問介護従業者 介護支援専門員 介護福祉士実務者研修 介護職員初任者研修 ホームヘルパー( 1級 ・ 2級 ) 保育士 その他( )		
上記資格・経験の 活動状況	活動歴や活動内容など、できるだけ詳しく書いてください。		
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 ・手話通訳 ・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・FAX(025-381-8116)・メールのいずれかで令和6年6月15日(土)までにお申し込みください。