

2024年度 鳥取県盲ろう者向け通訳・介助員養成講習会 受講申込書

鳥取県盲ろう者支援センター 御中

ふりがな 受講者氏名 (※)		生年月日 (※)	昭和 平成	年	月	日	
住所	〒 — —						<input type="radio"/>
電話番号	— —						<input type="radio"/>
F A X	— —						<input type="radio"/>
メールアドレス							<input type="radio"/>
パソコンからのメールを受信できる設定をお願いします。受講案内の最後にあるアドレスから送信します。							
障がい種別	肢体・車イス・視覚・聴覚 (手話通訳 要・不要) 急な連絡をするとき (要約筆記 要・不要) の優先順位を その他： ①②③④と記入してください。						↑
手話	出来る 出来ない						
点字	出来る 出来ない (指点字・ライト式・パーキンス式・ブリスト)						
資格	手話通訳者・手話奉仕員 (有・無) 要約筆記者 (有・無) 点訳奉仕員 (有・無) 同行援護従業者・ガイドヘルパー (有・無) その他：						
志望動機をお書きください：							

(※) この受講申込書に記載された氏名・生年月日で修了証書等を作成しますので、はっきりと、分かるように、記入してください。
ここに記入された情報は、講習会以外では使用いたしません。