令和4年度　障がい者ｽﾎﾟｰﾂ指導者(初級)養成講習会

受講申込書

NO.

受講者本人	ふりがな 氏名		男 女	生年月日	（西暦）　　年　　月　　日生	歳
	住　所	〒			携帯電話	
	TEL		FAX		E－mail	
勤務先	名　称		職名・職務内容			
	所在地	〒				
	TEL		FAX		E－mail	
勤務先以外の所属団体	団体名					
	事務所所在地　〒					
	TEL		FAX		E－mail	

文書の送付先　　自宅　（　　）　　勤務先（　　）　　所属団体（　　）

（これまでのｽﾎﾟｰﾂ経験・資格・経歴・活動状況を記入してください。）

障がい者ｽﾎﾟｰﾂ指導歴　　年　　ヶ月	内容
（要約筆記者及び手話通訳者） 必要なし　・　必要（要約筆記・手話通訳）	補装具使用の有無（使用の場合は装具名を記入） 使用（　　）　・　使用しない
新型コロナウイルス感染症予防ワクチン接種 （未接種・1回済・2回済・3回済・4回済に〇印） ※ご協力ください。	未接種（予定あり・予定なし）　・　1回済　・　2回済　・　3回済　・　4回済

（備考）