FAX 0968－43－9122

平成30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	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。）

障害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

（備考）

注意：受講受付決定通知が届き次第、参加料は特別な理由がない限り支払らはなければならない。