

# 令和 6 年度「手話奉仕員・手話通訳者養成講習会」

## F A X 受 講 申 込 書

一般社団法人横浜市聴覚障害者協会

令和 6 年 月 日

この FAX 申込書は当協会ホームページ上の専用フォーマットから申込ができない方用です

以下の講習会に申し込みます。(1 つに○をお願いします)

|                          |                 |                          |                 |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | ①手話奉仕員養成 入門 (水) | <input type="checkbox"/> | ②手話奉仕員養成 入門 (土) |
| <input type="checkbox"/> | ③手話奉仕員養成 基礎 (水) | <input type="checkbox"/> | ④手話奉仕員養成 基礎 (土) |
| <input type="checkbox"/> | ⑤手話通訳者養成 I      | <input type="checkbox"/> | ⑥手話通訳者養成 II・III |

|                       |                            |                  |                    |    |        |   |
|-----------------------|----------------------------|------------------|--------------------|----|--------|---|
| フリガナ                  |                            | 生<br>年<br>月<br>日 | 西暦                 | 年  | 年<br>齢 | 歳 |
| 氏 名                   |                            |                  | 月                  | 日生 |        |   |
| 現住所                   | 〒                          | F A X            |                    |    |        |   |
|                       |                            | メール              | ※必ず記入をお願いします。<br>@ |    |        |   |
|                       |                            | 電話               |                    |    |        |   |
| ※市外にお住まいの方は必ずご記載ください。 | 勤務先<br>(在学先)<br>所在地        | 〒<br>横浜市         |                    |    |        |   |
|                       |                            | 名称               |                    |    |        |   |
| 志望動機                  |                            |                  |                    |    |        |   |
| 最終受講歴<br>※③④⑤⑥お申し込みの方 | ( )<br>( ) 年 ( ) 月 修了・修了予定 |                  |                    |    |        |   |

※ 記載いただいた情報は、本講習会及び運營業務以外には使用しません。

※ FAX送信先 045-475-2112 (一社)横浜市聴覚障害者協会事務局

**記載例**

**F A X 受 講 申 込 書**

一般社団法人横浜市聴覚障害者協会

令和6年 2 月 1 日

この FAX 申込書は当協会ホームページ上の専用フォーマットから申込ができない方用です

以下の講習会に申し込みます。(1 つに○をお願いします)

|                                     |                 |                          |                 |
|-------------------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/>            | ①手話奉仕員養成 入門 (水) | <input type="checkbox"/> | ②手話奉仕員養成 入門 (土) |
| <input type="checkbox"/>            | ③手話奉仕員養成 基礎 (水) | <input type="checkbox"/> | ④手話奉仕員養成 基礎 (土) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ⑤手話通訳者養成 I      | <input type="checkbox"/> | ⑥手話通訳者養成 II・III |

|                       |  |          |      |                     |    |      |
|-----------------------|--|----------|------|---------------------|----|------|
| フリガナ                  | ヨコ ハマコ   |          | 生年月日 | 西暦 1996 年<br>1月 1日生 | 年齢 | 25 歳 |
| 氏名                    | 横 浜子   |          |      |                     |    |      |
| 現住所                   | 〒0000-xxxxx  |          | FAX  | 045-0000-xxxx       |    |      |
|                       | 横浜市港北区●■町1-2-305   |          | メール  | ☆☆☆@yokohama.com    |    |      |
|                       |  |          | 電話   | 090-△△△-□□□         |    |      |
| ※市外にお住まいの方は必ずご記載ください。 | 勤務先<br>在学先<br>所在地  | 〒<br>横浜市 |      |                     |    |      |
|                       |  | 名称       |      |                     |    |      |
| 志望動機                  | 転居のため、横浜市での受講を希望します。                                       |          |      |                     |    |      |
| 最終受講歴<br>※③④⑤⑥お申し込みの方 | ( 手話奉仕員養成講座 基礎課程 東京都**区で受講 )<br>( 2024 ) 年 ( 3 ) 月 修了・修了予定 |          |      |                     |    |      |