

## 令和5年度千葉県手話奉仕員実技指導講師養成講座 申込書

申込者 氏名	フリガナ				
	漢字姓名	(男・女)			
現住所	〒	□□□□	□□□□	都道府県	市
電話番号				FAX番号	
生年月日 (和暦)	昭和 平成	年	月	日	年齢 歳
受講資格  (該当欄に ○を付けて ください)	ろう者  右のいずれかに該当する者	ア. 過去5年以内に、 <u>社会福祉法人千葉県聴覚障害者協会活動運営委員</u> またはその支部役員もしくは各市聴覚障害者団体の役員(以下、「役員・委員」という)の活動が3年以上である方			
		イ. 現在「役員・委員」であり、ろう運動の歴史、福祉制度などの知識を有し、各市聴覚障害者団体又は千葉聴覚障害者センター所長の推薦がある方 <span style="float: right;">※推薦状を添付してください</span>			
		ウ. 現在「役員・委員」の配偶者で、ろう運動の歴史、福祉制度などの知識を有し、各市聴覚障害者団体又は千葉聴覚障害者センター所長の推薦がある方 <span style="float: right;">※推薦状を添付してください</span>			
	きこえる人  該当する欄にご記入ください。	千葉県登録手話通訳者 登録年度 _____ 年(記入必須)			
県派遣稼働実績(事務局記入) : _____ 件 時間( _____ 年度)					
市派遣実績: _____ 件 時間( _____ 年度) (市派遣を兼ねている人は記入必須)					
設置業務 : (市町村名 _____ ) 週 _____ 日勤務					

参考までに下記もご記入ください

	2020年度	2021年度	2022年度
過去3年間の 行事参加状況	なるほど研修会		
	手話を考えるフォーラム		
	耳の日まつり		

- 留意事項
- 修了条件(=講師試験受験資格条件):養成講座 原則全回出席  
やむを得ない事情で欠席した場合は補講あり
  - 上述の行事に協力していることが望ましい

【申込先】〒260-0022 千葉県千葉市中央区神明町 204-12  
千葉聴覚障害者センターコミュニケーション課養成普及係  
TEL043-308-6373 FAX043-308-6400