

2021(令和3)年度千葉県手話奉仕員実技指導講師試験 受験申込書

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
受験資格 (該当欄に ○を付けて ください)	ろう者 右のいず れかに該 当する人	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 ※2021(令和3)年度実技指導講師養成講座受講生以外は、 推薦状を添付してください			
		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 ※2021(令和3)年度実技指導講師養成講座受講生以外は、 推薦状を添付してください			
	きこえる人	I. 千葉県登録手話通訳者			
受験資格 受験回数	(1)	初めての受験			
	(2)	() 回目 → 受験年度 () 年度			
講師活動の 内容・年数	具体的にお書 きください				
ろう運動の 内容・年数	具体的にお書 きください				
役員・委員履歴 (ろう者のみ)	2016年度 ～ 2021年度	例：第○回耳の日まつり実行委員、 □年度△△聴覚障害者協会手話対策部長			
備考	推薦状	受講資格が「イ」又は「ウ」の方で、 2021年度実技指導講師養成講座受講生以外は推薦状を添付してください			

証明写真添付欄
カラー・白黒
(申請日前3か月
以内に撮影したも
の)
1. 上半身・脱帽・
無背景のもの(スナ
ップ写真不可)
2. 写真裏面に氏名
を記載のこと

【申込先】 〒260-0022 千葉県中央区神明町 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