（別紙1）

令和２年度盲ろう者通訳・介助員現任研修受講申込書

申込日　令和２年　　月　　日

全日程の受講を前提として、**「**令和２年度盲ろう者通訳・介助員現任研修**」**の受講を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　（ふりがな）1. 氏　　名
 |  | 登録№ |  |
| ②　住　　所 | 〒 |
| ③　連 絡 先(電話など） | 自 宅（　　　　）　　　　－ | ＦＡＸ（必須）（　　　　）　　　　－ |
| 携帯電話　　　　－　　　　　－ | その他連絡先 |  |
| ④　生年月日 | 昭和平成 　 　年 　　月 　　日生 | 年　齢 | 歳 |
| ⑤　職　　業 | 　 |
| ⑥ 免許・資格等　（福祉関係） | □手話（当てはまるものに〇）　１　手話で日常会話程度ができる　２　専従手話通訳者あるいは登録手話通訳者として活動している（していた）　３　１、２以外□要約筆記□ガイドヘルパー□その他　 |
| ⑦　受講見込み | 全日程の受講を前提とします。 |
| ⑧　その他 | 盲ろう者通訳・介助員講座の受講(申込)履歴(〇印をお願いします。)【　R01養成講座　　H30現任研修　　H29養成講座　　H28現任研修　　H27養成講座　　H26現任研修　】【上記以前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |

■　個人情報については、本講座運営のために使用し、他の目的には使用しません。

■　申込書は、下記の申込先まで郵送もしくはFAXで送付してください。

**函館市と旭川市の方は、それぞれの市の担当部署にも、ご連絡をお願いします。**

**申込みは　８月２０日（木）必着　です。**

一般社団法人　北海道身体障害者福祉協会

〒060-0002　札幌市中央区北２条西７丁目　道民活動センタービル4階

TEL　011-251-1551　FAX　011-251-0858 (送信状は不要です。この用紙のみお送りください。)