

## 別紙1

## 補講等申請書

No	項目	記載欄	備考
1	氏名		
2	電話		
3	FAX番号		
4	メールアドレス		
5	郵便番号		
6	住所		
7	受講課程	1 奉仕員前期 2 同 後期 3 通訳Ⅰ 4 通訳Ⅱ 5 通訳Ⅲ	該当番号に「○」を付ける。
8	奉仕員受講講座名		例) 野田市、安房地区など
9	手話通訳者受講会場		例) 流山会場、市川会場など
10	欠席した講座のタイトル		例) 聴覚障害者の生活、伝えてみましょうなど
11	Youtube視聴可否	1 : 可 2 : 不可	Youtube視聴否の場合、当センターにてご視聴頂きます。
12	補講申請理由		

- ① 以下の講座は、主催経由でお申し込みください。2～6の記載は不要  
我孫子市、松戸市、流山市、市川市、鎌ヶ谷市、八千代市、習志野市、船橋市、千葉市、成田市
- ② ①以外の場合は、2から6の項目は、受講申込時に提供頂いた情報に変更がある場合には、変更項目のみ記載してください。
- ③ 以下に留意して記載してください。  
No7はご自身の受講している講座の課程を記載  
No7で1或いは2を選択した場合は、No.8に具体的な講座名を記載  
No7で3或いは4を選択した場合は、No.9に開催会場名を記載
- ④ 補講料は、1講座当たり3,000円です。
- ⑤ 補講申請受理後、振込口座等をお知らせいたします。

○講座受講の申込にあたり、提供頂く個人情報は講座受講の運営における受講生への連絡、双方向の通信にのみ使用致します。  
○講座の主催者以外に情報提供はいたしません。  
○Webまたは申込書により申込まれた場合、上記利用目的に同意されたものと見做します。

## 【問合せ先・申込書送付先】

〒260-0022 千葉市中央区神明町204-12

社会福祉法人千葉県聴覚障害者協会 千葉聴覚障害者センター 養成係

TEL 043-308-6373 (平日9時～17時) FAX 043-308-6400 mail: yousei@chibadeaf.or.jp