

## 別紙4

# 補講決定通知書

No. (受付番号)  
年 月 日

〇〇市手話奉仕員・手話通訳者養成講座ご担当者様

参考

日頃より、当センター事業にご協力頂きまして、有難うございます。

補講について、下記のとおり決定したので、お知らせいたします。

YouTube視聴方法は、添付の「視聴手順」をご覧ください。

ご視聴後、レポートの提出をお願いいたします。

レポートを確認後、「受講確認証」をお送りいたします。

記

受講中の講座名：

受講生氏名：

※下記期間内にご視聴ください。（講座時間約2時間）

視聴期間： yyyy年mm月dd日（●） 00:00

～ yyyy年mm月dd日（●） 00:00

タイトル：

パスワード： **0000（数字4桁）**

＜問合せ先・送付先＞

〒260-0022 千葉市中央区神明町 204-12

千葉聴覚障害者センター 養成係

TEL：043-308-6373 FAX：043-308-6400

mail：yousei@chibadeaf.or.jp