

別紙5

令和 年 月 日
No.(受付番号)

(宛名:手話奉仕員・通訳者養成講座主催 様)

参考

社会福祉法人千葉県聴覚障害者協会
千葉県聴覚障害者センター

講義受講確認証

下記のとおり受講されたことを証明いたします

記

受講者氏名 _____ 様

受講タイトル 令和〇年度手話奉仕員養成講座
「身体表現力を身につけよう」

受講日 令和〇年〇月〇日(〇)

【問合せ先】

社会福祉法人千葉県聴覚障害者協会
千葉県聴覚障害者センター養成係
TEL043-308-6373 FAX043-308-6400
mail yousei@chibadeaf.or.jp