年　　月　　日

**令和７年度千葉県手話奉仕員実技指導講師養成講座**

**申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者氏　名 | フリガナ |  |
| 漢字姓名 | (男・女) |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市都道府県 |
|  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 生年月日（和暦） | 昭和平成 | 　年　　月　　日 | 年齢 | 　歳 |
| 受講資格**（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者 | ア.過去5年以内に、社会福祉法人千葉県聴覚障害者協会活動運営委員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*※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*※推薦状を添付してください* |
| きこえる人該当する欄にご記入ください。 | 千葉県登録手話通訳者　登録年度　　　　　　　　年（記入必須） |
| 県派遣稼働実績（事務局記入）：　　　　　件　　　　　　時間（　　　　　年度） |
| 市派遣実績：　　　　　件　　　　　　時間（　　　　　年度）（市派遣を兼ねている人は記入必須） |
| 設置業務　：（市町村名　　　　　　　　） 週　　　　　日勤務 |
| 参考までに下記もご記入ください |
| 過去3年間の行事参加状況 |  | 2022度 | 2023年度 | 2024年度 |
| なるほど研修会 |  |  |  |
| 手話を考えるﾌｫｰﾗﾑ |  |  |  |
| 耳の日まつり |  |  |  |

留意事項　　●修了条件（＝講師試験受験資格条件）：養成講座　原則全回出席

 　　　　　　　　　　　　　　　　やむを得ない事情で欠席した場合は補講あり

　　　　　　●上述の行事に協力していることが望ましい