

2025(令和7)年度千葉県手話奉仕員実技指導講師試験 受験申込書

申込者 氏 名	フリガナ				
	漢字姓名	(男・女)			
現住所	〒 □□□□ □□□□		都道 府県	市	
電話番号				FAX番号	
生年月日 (和暦)		昭和 平成	年 月 日	年齢	歳
受験資格 (該当欄に ○を付けて ください)	ろう者 右のいづ れかに該 当する人	ア. 過去 5 年以内に、 <u>社会福祉法人千葉県聴覚障害者協会活動運営委員</u> 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県聴覚障害者センター所長の推薦がある方 ※2025(令和7)年度実技指導講師養成講座修了者以外は、 <u>推薦状を添付してください</u>			
		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県聴覚障害者センター所長の推薦がある方 ※2025(令和7)年度実技指導講師養成講座修了者以外は、 <u>推薦状を添付してください</u>			
	きこえる人	手話奉仕員実技指導講師養成講座修了者 受講年度（ ）年度			
受験資格 受験回数	(1)		初めての受験		
	(2)		() 回目 → 受験年度 () 年度		
講師活動の 内容・年数	具体的にお書 きください				
ろう運動の 内容・年数	具体的にお書 きください				
役員・委員履歴 (ろう者のみ)	2020 年度 ～ 2025 年度		例：第○回耳の日まつり実行委員、 □年度△△聴覚障害者協会手話対策部長		
備考	推薦状	受験資格が「イ」又は「ウ」の方で、 2025 年度実技指導講師養成講座修了生以外は推薦状を添付してください			

証明写真添付欄
カラー・白黒
(申請日前 3 か月以内に撮影したもの)
1. 上半身・脱帽・無背景のもの(スナップ写真不可)
2. 写真裏面に氏名を記載のこと

【申込先】 〒260-0022 千葉県中央区神明町 204-12
 千葉県手話奉仕員実技指導講師登録試験審査委員会事務局 TEL043-308-6373 FAX043-308-6400
 (千葉県聴覚障害者センターコミュニケーション課 養成係)