

千葉県盲ろう者向け通訳・介助員養成研修会申込書

WEB

当会のホームページより

申込フォームもしくは

メールでお申込みいただけます

FAX

043-310-3008

郵送

〒262-0024

千葉県千葉市花見川区浪花町 956-3

ファミリールハイツ浪花 102 号室

NPO法人千葉盲ろう者友の会

養成担当 宛

受付No.		記入日	年 月 日		
ふりがな		男・女	生年月日		
氏名			昭和・平成	年 月 日生	
住所	〒				
電話番号		FAX			
携帯番号					
E-mail					
身体障害者手帳の有無及び等級	有				無
	肢体 級	視覚 級	聴覚 級	内部 級	
	()	・全盲・弱視 ・その他()	・全ろう・難聴 ・その他()	()	
情報保障 (聴覚障害者のみ)	手話通訳希望 → する・しない		文字種 (視覚障害者のみ)	・点字・拡大文字・普通文字	
その他必要な配慮					
職業			勤務先		
修了後の活動可能時間帯	・平日昼間 ・平日夜間 ・土日昼間 ・土日夜間 ・不定期 ・その他()				
受講のきっかけ(県のHPを見た、知り合いに誘われて、など)					
受講の動機					
自己PR					

