

受付確認欄

氏名	(フリガナ)		
生年月日	(昭和 ・ 平成) 年 月 日生 満 () 才		
住所	〒 -		
連絡先	○日中連絡ができるところを一か所以上記入してください。 ・自宅電話： ・F A X： ・携帯電話： ・アドレス：		
勤務先 学 校	<u>○市外在住の方は必ず記入してください。</u> ・名 称： ・電話番号： ・住 所： 〒 -		

● 過去の手話講習会受講歴等 ☒

☐ 受講経験なし

☐ 受講経験はないが手話サークル等に在籍しているまたは在籍したことがある
 在籍期間： 年頃 ～ 年頃まで / 現在在籍中

☐ 受講経験あり 開催年度： 年度

講座名： 主催者： 回数 全 回

● Zoom（Web 会議システム）の利用 ☒

☐ 利用不可

☐ 利用可 → 機器： PC iPad Android タブレット ほか（ ）※○をつけてください。

☐ 1画面に9人表示できる ☐ 1画面に9人表示できない

● 受講を希望する理由

--

※110 円切手を貼付した返信用封筒（ご自身の住所・氏名記入）2 部もご提出ください。

申込書に不備があるときは受け付けられません。提出前にもう一度内容をご確認ください。

提出先 川越市障害者福祉課 手話講習会担当