受付確認欄

令和７年度 川越市手話講習会通訳者養成コース（基本課程）受講申込書

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：　　・ＦＡＸ： ・携帯電話： ・アドレス：	
勤 務 先 学　　校	○市外在住の方は必ず記入してください。 ・名　　称： ・電話番号： ・住　　所：　〒　　－	

● 過去の手話講習会受講歴

○川越市障害者福祉課主催

・開催年度：　　年度　　コース名：　　（　受講　・　修了　）

・開催年度：　　年度　　コース名：　　（　受講　・　修了　）

・開催年度：　　年度　　コース名：　　（　受講　・　修了　）

○その他　例：公民館、カルチャーセンター、社会福祉協議会等

主催：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・開催年度：　　年度　　コース名：　　全　　回　（　受講　・　修了　）

主催：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・開催年度：　　年度　　コース名：　　全　　回　（　受講　・　修了　）

● 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

提出先　川越市障害者福祉課　手話講習会担当