令和６年度 川越市登録手話通訳者認定試験 申込書

受付確認欄

（提出先）川越市長

川越市登録手話通訳者認定試験を受験したいので、下記のとおり申込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 写真貼り付け※たて４㎝×よこ３㎝サイズのもので、概ね1年以内に撮影した、本人の確認が取れるもの。 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　（　男・女　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　 年　 　 月 　　 日生 （　　　歳） |
| 現住所 | 〒　　　－電話：　　　　－　　　　－　　　　　FAX：　　　　－　　　　－　　　携帯電話：　　　　－　　　　　－　　　　メールアドレス（PC）メールアドレス（携帯） |
| 受験資格 | 該当する番号に○を付け、必要事項を御記入ください。(1)　川越市が実施する手話通訳者養成講習会　平成・令和　　年度（修了・修了見込・修了試験合格）(2)　(1)と同等以上の国、都道府県又は他市町村が実施する講習会等主催及び講座等の名称：　　　　　　　　　 平成・令和　　年度（修了･修了見込）(3)　手話通訳技能認定試験（手話通訳士試験）　第　　回合格手話通訳者全国統一試験　　平成・令和　　年度合格(4)　都道府県又は他市区町村において手話通訳者として活動　自治体名：　　　　　　　平成・令和　　年度～平成・令和　　年度(5)　上記と同等の知識・技能を有している |

※裏面あり

|  |  |
| --- | --- |
| 経歴 | 聴覚障害者との関わりや手話に関する経歴をお書きください。※全員が御記入ください。**※受験資格(5)の方は、該当する内容を記入してください** |
| 動機 | 川越市の登録手話通訳者を志望する動機をお書きください（100～200字程度）。 |

受験資格の確認にあたり必要があるときは、私の講習会修了状況、手話通訳活動状況等について、川越市が関係機関に照会することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

※受験資格(5)に該当する方は、事前に御相談ください。申込時に来庁いただく場合があります。