受付確認欄

**令和６年度 川越市手話講習会【試験対策講座】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 | 〇日中連絡ができる電話番号・アドレスをご記入ください。 | | | | | |
| ・自宅電話： | |  | ・携帯電話： |  | |
| ・アドレス： | |  | | | |

* **川越市登録手話通訳者認定試験受験資格**（該当箇所に記入してください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □市町村主催の通訳者養成講習会修了（見込み） | 修了年度： | 年度 | |
|  | 主　　催： |  | |
|  | コース名： |  | |
| □上記と同程度の通訳者養成講座修了（見込み） | 修了年度： | 年度 | |
|  | 養成機関： |  | |
| □手話通訳技能認定試験合格 | 合格年度： | 年度 | |
| □手話通訳者全国統一試験 | 合格年度： | 年度 | |
| □手話通訳活動歴 | 活動期間： | 年　～　　　　年 | |
|  | 活動自治体： |  | |
| □その他 | 左記内容について具体的に記載： | |  |
| (上に掲げるものと同等の知識及び技能を有している) |  | |  |

* **受講希望理由**（２００字程度。必ず記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

提出先　川越市障害者福祉課　手話講習会担当