

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

※84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