

# 2019（令和元）年度 聴覚障害者関係施設等新入職員研修

## 受講申込書（個人用）

※職場の所属長にご提出下さい。

フリガナ				年齢	性別	ろう・健聴
氏名					<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> ろう
					<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 健聴
住所	〒					
電話			FAX			
メール						
職場名						
職種				手話通訳（読取り・聞取り含む） ※グループワークも予定しています <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
職務経歴年数	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以下 <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 2年未満 <input type="checkbox"/> 3年未満					
参加費	金額		支払方法		備考	
	18,000円（3日間）		現金・振込			
受講料領収書名（記入がない場合は、お名前でご用意させていただきます。）						
過去に研修センターの研修を受けたことがあるか			<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない（初めて受講する）			
当日の配布資料に、お名前と職種（勤務先）を記載した名簿を配布してもよいか			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
研修についてのご要望等があればご記入ください。						
昼食（情報交換会）の際、アレルギー等あれば記入ください						