2017（平成29）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）

※職場の所属長にお申込下さい。

フリガナ		年齢	性別	健・ろう
氏名			□男 □女	□ 健聴 □ ろう
住所	〒			
電話		ＦＡＸ		
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 □ 要　□ 不要		
職務経歴年数	□　1ヶ月以下　□　1年未満　□　2年未満　□　3年未満			
参加費	金額	申込	備考(食事制限等)	
	15,000円（3日間）			
交流会	4,000円(7/11)			

お支払い方法	口座振込　・　現　金

領収書名（記入がない場合は、お名前でご用意させて頂きます。）

過去に研修センターの研修を受けたことが　□ ある　□ ない（初めて受講する）

受講生の名簿(お名前と勤務先を記載)の配布を予定しています。

□ 全員に配布しても構わない　□ 名簿の記載から外してほしい