厚生労働省委託事業　　奉仕員

年　月　日

2020（令和 2）年度
手話奉仕員養成担当講師連続講座〔実技編〕申込書 [受講者用]

※各都道府県の全日本ろうあ連盟加盟団体にお申込ください。

氏　名	（ふりがな）			年齢
	□ ろう □ 聞こえる	□ 男性 □ 女性	講師としての 所属団体	
TEL			FAX ※	
E-mail ＊必須				
住　所	〒			

該当するものに✓をつけてください。

手話奉仕員養成講座で**講義**の指導経験がある（□ 入 門　　年）
（□ 基 礎　　年）

手話奉仕員養成講座で**実技**の指導経験がある（□ 入 門　　年）
（□ 基 礎　　年）

＊ 緊急の連絡等がある場合がございますので、連絡先は必ずご記入ください。メールアドレス・FAX をお持ちでない場合は代わりのご連絡先（ろうあ協会等）とお名前をご記入ください。