

2022(令和4)年度 聴覚障害者関係施設職員および行政職員対象
中堅職員研修 受講申込書 (個人用)

※記入後、職場の所属長にご提出下さい。

フリガナ			年代	性別	きこえ
氏名					きこえない きこえにくい きこえる
勤務先					
職種 (業務の 内容)					
現在の勤務先における勤務年数	<input type="checkbox"/> 4年目 <input type="checkbox"/> 7年未満 <input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上				
現在の勤務先以外における 聴覚障害者福祉関係業務の経験	<input type="checkbox"/> ある (年 カ月) <input type="checkbox"/> ない				
勤務先 TEL		勤務先 FAX			
勤務先 メール					
※上記アドレスに「受講決定通知」をお送りします。確認しやすいアドレスをご入力ください。					
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				