

## 2023（令和5）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	きこえ
氏名	<input type="checkbox"/> ろう・難聴 <input type="checkbox"/> きこえる
勤務先	
職種 (業務内容)	
現在の勤務先における 勤務年数	<input type="checkbox"/> 4年目 <input type="checkbox"/> 5年目以上10年未満 <input type="checkbox"/> 10年目以上
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 月） <input type="checkbox"/> ない
勤務先TEL (必須)	勤務先FAX (任意)
メールアドレス (必須)	※上記アドレスに「受講決定通知」をお送りします。
TV電話 「Skype」 (任意)	表示名、Skype名 (ID) の両方をご記入ください
2月28日（水）の Zoom研修参加について	<input type="checkbox"/> 参加します <input type="checkbox"/> 参加しません
過去に研修センターの研修を 受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

お問い合わせ先&お申込み先：全国手話研修センター 手話事業課 研修部門

メールアドレス：[jinzai2@com-sagano.com](mailto:jinzai2@com-sagano.com)

テレビ電話：表示名「全国手話研修センター 手話事業課」

(Skype) Skype名「live:.cid.328337ecd393f298」

電話：075-873-2646（平日9：00～18：00）

※ 申込用紙の送付はメールのみです。