

2024年度 入門手話講習会 受講申込書

申込書提出期限 5月10日（金）

提出先 FAX：050-3737-5799

【受講生用】

✉：totukadeaf@gmail.com

氏 名	フリガナ	年 齢	歳	性 別	男・女
住 所	〒 -				
電話番号		連絡先	携帯・その他（ - ）		
勤務先		勤務先住所	横浜市戸塚区		

★アンケート

該当する欄に✓印をつけてください（複数でも可）

【質問 1】 この講習会をどこで知りましたか。

- ☐ 広報（名称： ） ☐ 当会ホームページ
☐ チラシ ☐ テレビドラマ
☐ 手話経験者 ☐ その他（ ）

【質問 2】 この講習会を受講しようと思われた動機をお聞かせください。

- ☐ 聴覚障がい者との交流を考えているため
☐ 仕事で手話を使う必要があるため
☐ 知識として手話を学習したいため
☐ 手話奉仕員を志しているため

*手話奉仕員：手話で日常会話ができ、手話奉仕員として聴覚障害者の日常生活上の初歩的なコミュニケーションの支援を行う方。

- ☐ 手話通訳者を志しているため

*手話通訳者：手話通訳に必要な手話を習得し、手話を用いて聴覚障害者とのコミュニケーションの仲介を行う方。手話奉仕員よりも高度な手話技術が必要です。

- ☐ その他（ ）

- ・ 申込者が定員を超えた場合は、アンケートの内容により選考させていただきますのでご了承ください。尚、受講の可否は申込締切日を経て、ご連絡いたします。
- ・ このアンケートにより得た情報につきましては、当会が開催するこの講習会を円滑に行うことを目的に使用するものです。手話の普及以外の目的では一切使用しません。

【当協会用】

記入欄		選考結果	
-----	--	------	--