

# 福岡県手話通訳者学習会 参加申込書

送信先:福岡県聴覚障害者協会 手話対策部 宛

FAX 092-582-2419

申込日 年 月 日

|         |  |
|---------|--|
| 氏名      | フリガナ   |
|         |  |
| 住所      | 〒  |
|         |  |
| 連絡先     | TEL / FAX  |
|         | メールアドレス  |
| 資格等     | いずれかに○<br>・手話通訳士 ・登録手話通訳者 ・手話通訳者全国統一試験受験予定<br>・手話の技術レベルアップを目指す方(読み取りができる方) |
| 通訳歴     | いずれかに○<br>・3年未満 ・3年～5年未満 ・5年～7年未満 ・7年～10年未満 ・10年以上                         |
| 受講料     | 1,000円(当日受付にてお支払いください)   |
| 領収証について | 個人名で発行します。団体名や複数名まとめて発行を希望される方は、下記へ詳細をご記入ください。                             |

事務局使用欄(ここには何も記入しないでください)