

## 養成コース【通訳Ⅰ】申込書

(令和 8 (2026) 年 2 月スタート 金曜日の午後)

申込受理: 年 月 日

チェック✓を 入れてください  (一つでも✓が入っていない場合、お申込みを受 理できません)	<input type="checkbox"/> 原則として全 36 回に出席できる <input type="checkbox"/> 過去にセンター主催【通訳Ⅰ】受講経験がない(修了していない) <input type="checkbox"/> 申込時点で満 18 歳以上である <input type="checkbox"/> 神奈川県域(横浜・川崎市を除く神奈川県内)に在住している <input type="checkbox"/> 奉仕員養成講座を修了または「手話を学ぼう 手話で話そう」「講義テキスト」の内容を習得 している <input type="checkbox"/> 手話で聴覚障害者と意思疎通ができる <input type="checkbox"/> 認定資格取得後、神奈川県およびお住まいの市町村に登録して手話通訳活動ができる		
ふりがな			年齢  歳
名 前			
住 所	〒  TEL Email		
緊急連絡先	(緊急連絡先は … 本人 ・ 本人以外の場合、お名前と関係 ) ※荒天などの緊急時に連絡することがあります。確実に繋がる連絡先をご記入ください。		
あなたはお住まいの 市町村手話サークルに いずれかに✓ 及び必要事項を記入してください (サークルに入っていない、お住まいの市町 村でない場合は「入っていない」を選択して ください)	<input type="checkbox"/> 入っている → サークル名 ( ) <input type="checkbox"/> 入っていない → 理由を下欄に記入してください (簡潔に)		
	理 由		
手話学習経験	【 年 】 (例 2 年 3 ヶ月 → 2 年) ※年数のみをご記入ください。年未満の数字は四捨五入してください。		
手話奉仕員養成講座を (厚生労働省手話奉仕員養成カリキュラム対応)  いずれかに✓ 及び必要事項を 記入してください  (一度、お住まいの市町村聴覚障害者協会 にご相談の上、お申し込みください)	<input type="checkbox"/> 修了した → 講座名 ( ) 実施市町村 ( 市・町・村 ) <input type="checkbox"/> 修了していない → 下欄①②の設問に回答してください		
	① 厚生労働省手話奉仕員養成カリキュラム修了同等の知識および技術はありますか <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
	② 「手話で学ぼう 手話で話そう」および「講義テキスト」の内容を習得していますか <input type="checkbox"/> 習得している <input type="checkbox"/> 習得していない		
特記事項	※障害等により受験・受講上の配慮を必要とする方は、身体または障害の状況、配慮を希望 する具体的な内容を記入してください。(ご希望に沿えない場合があります。ご了承ください)		

## ※ 注意事項

「受講案内」を必ずご確認のうえ、太枠の中のみ、ご記入ください。記入に不備があった場合、お申し込みをお受けできないことがあります