**令和7年度国際手話講座　初級編　申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込受理：　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| チェック✓を入れてください | ☐ 全12回のうち10回以上出席できる（80％以上）☐ 当センター主催の国際手話講座を修了していない※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 |
| あなたはどちらかにチェック✓を入れてください | ☐　  | ろう者難聴者中途失聴者 | ⇒ | ☐ 日本手話を使う☐ 日本手話は全く分からない |
| ☐　聞こえる人 | ⇒ | 　☐ 手話通訳者または手話通訳士　☐ 日本手話で会話ができる　☐ 日本手話は全く分からない |
| ふりがな |  | **年齢** | 歳  |
| **名　前** |  |
| **住　所** | 〒　（　　　　　　　　都・道・府・県 ）　　　　　　 　市・町・村 |
| **電話番号****またはFAX番号****（あればメルアド）** | TELFAXEmail |
| **神奈川県外の方は****こちらも記入****してください** | ※神奈川県内にお住まいでない方は、在勤または在学のいずれかにチェック✓を入れ、その名称と住所（○○市まで）をご記入ください☐ 神奈川県内在勤　（名称　　　　　　　　　　　　　　　　　）☐ 神奈川県内在学　（　　　　　　　　　　　　　　市・町・村） |
| **緊急連絡先** | 電話番号またはFAX番号　　　　　　　　※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。 |

※ **注意事項**

①「国際手話講座のご案内」を必ずご確認のうえ、太枠の中のみ、ご記入ください。

②これらの個人情報は、当講座に関する目的以外に使用しません。

③受講決定のご連絡は、5月17日(木)までに、電話またはFAX、メールにて通知します。

【問い合わせ先】

　神奈川県聴覚障害者福祉センター　国際手話講座担当

　〒251-8533　藤沢市藤沢933-2　電話　0466-27-1911　FAX　0466-27-1225

　Email　　kokusai@kanagawa-wad.jp

**申込〆切　令和7年5月15日（木）17時　必着**