

2019年度（令和元年度）
手話通訳者全国统一試験合格を目指す方のための

フォローアップ講座

受講申込書

5月31日（金）必着

申込日： 年 月 日

ふりがな			
氏名			
住所	〒		
電話番号			
FAX番号			
メールアドレス			
厚生労働省カリキュラムによる 手話通訳者養成講座修了年度	宮城県 平成 仙台市 平成 () 平成	平成 平成 平成	年度修了 年度修了 年度修了
<input type="checkbox"/> 宮城県聴覚障害者協会の賛助会員である又は入会予定である <input type="checkbox"/> 宮城県手話通訳問題研究会の正会員である又は入会予定である (口にしをつけてください) ※講座初回時に入会済みであること (講座初回当日に入会も可能です)。			
【場面通訳】【要約】【国語】【知識】を強化したい順に教えてください。 ① ② ③ ④			
(任意) 前回の統一試験の点数を教えてください。受験年度 () 年			
国語	聴覚障害の基礎知識	手話の要約	場面通訳
手話通訳者を目指す理由			

※ご記入いただいた個人情報については、この講座以外の目的に使用いたしません。