

2018 年度（平成 30 年度）
手話通訳者全国統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

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 年度修了 仙台市 平成 年度修了 () 平成 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 (<input type="checkbox"/> にレをつけてください) ※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
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。

郵送先
(FAX 不可)

〒983-0047 仙台市宮城野区銀杏町39-6-302 及川方
宮城県手話通訳問題研究会 事務局

5 月 31 日(木)必着