

あいち聴覚障害者センター所長 様

2025 年度愛知県盲ろう者向け通訳・介助員養成講習会申込書

私は標記の講習会の受講を申し込みます。

西曆 年 月 日

ふりがな	
氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 年齢 才
住 所	〒
T E L	FAX
携 帯	
MAIL	
職 業	
障 害	なし / あり（障害名）
情報保障	手話通訳 ☐ （手話通訳が必要な方は✓を入れてください）
保有する資格	手話通訳者 同行援護従業者 ホームヘルパー 介護福祉士 その他（ ）
受講動機	※必ずご記入下さい