

令和7年度所沢市手話講習会 入門課程 申込書

ふりがな			
氏 名			
生年月日	昭・平 年 月 日生	年齢	歳
住 所	〒		
電話	① 自宅 () ② 携帯 ()		
Gmail	Google ドライブを利用して資料のやり取りやレポート提出を行います @gmail.com アカウントを持っていない場合は、空欄で構いません 受講決定後、作成していただきます		
職 業		勤務先名/ 学校名	
受講申し込み理由（具体的にお書きください）			
手話の学習をどのように活かしていきたいですか			
○全20回の講義を継続して受講できますか □はい □いいえ（理由) ○他市での手話講習会の受講経験はありますか □あり（ 市 ） □なし ○聴覚障害者に関わるボランティア活動はしていますか もしくはした経験がありますか □している □した経験がある（団体名：) □していない （活動内容：) ○事前学習を行うためのインターネット環境、スマートフォン、タブレット、パソコンなどを準備できますか □できる □できない □相談したい方はこちらに理由を記入（) ○この講習会を何で知りましたか ()			

※個人情報「所沢市社会福祉協議会個人情報保護規程」に基づき管理します

社会福祉法人所沢市社会福祉協議会