

令和 7 年度所沢市手話講習会
はじめての手話コミュニケーション 2 年コース（夜間） 申込書

ふりがな						
氏 名						
生年月日	昭・平	年	月	日生	年齢	歳
住 所	〒					
固定電話						
携帯電話						
メール	※5064i@toko-shakyo.or.jp を受信できるように設定してください					
職 業			勤務先 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。						
○2年間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： _____） ○この講習会を何で知りましたか。 （ _____ ）						

※個人情報は「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