

第1号様式（第5条関係）

調布市社会福祉協議会手話講習会事業受講申請書

年 月 日

社会福祉法人  
調布市社会福祉協議会会長 あて

次のとおり、手話講習会を受講したいので申請します。

フリガナ		性別
氏名		
生年月日	年 月 日 ( 歳)	
住所	〒	
電話番号 (日中連絡がとれる番号)		
メールアドレス		
所属先名称・住所 (他市在住の方)	〒	
申請クラス (希望クラスに○)	1 入門クラス ( 昼間 ・ 夜間 ) 2 基礎クラス ( 昼間 ・ 夜間 ) 3 手話通訳者養成基本クラス ( 昼間 ・ 夜間 ) 4 手話通訳者養成応用クラス	
受講希望理由		
手話学習経験		