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 |  | |