

記入日:令和 年 月 日

## 令和8・9年度 豊見城市手話奉仕員養成講座受講申込書

豊見城市長 殿

『手話奉仕員養成講座受講を希望される皆様へ』及び『開催要項』を十分に理解し、  
豊見城市手話奉仕員養成講座(入門編・基礎編)へ申し込みを希望いたします。

|               |   |       |         |
|---------------|---|-------|---------|
| ふりがな          |   | 生年月日  | 年齢(記入時) |
| 氏 名           |   | 年 月 日 | 歳       |
| 住 所           | 〒   |       |         |
| 連絡先           | ◆携帯電話 ( )   |       |         |
|               | ※アルファベット大文字・小文字、数字を分かりやすく記入ください。  |       |         |
|               | ◆mailアドレス ( )   |       |         |
| 勤務先(学校)       |   |       |         |
| 志望動機と<br>到達目標 | ※具体的に記入してください。例:職場や地域で会うろう者と手話で話したい。通訳者を目指したい。等   |       |         |
| 手話歴           | ① 手話歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   |       |         |
|               | ↓①で「あり」と回答しかた方は、②～⑥を回答ください。   |       |         |
|               | ② 手話サークルに <input type="checkbox"/> 通っている ・ <input type="checkbox"/> 通っていた ・ <input type="checkbox"/> 未経験<br>サークル名・期間 ( )  |       |         |
|               | ③ 家族、友人等、身近に手話を使う方と交流が <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> なし<br>具体的に( )   |       |         |
|               | ④ 以前に手話に関わる講座等を受講したことが <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> なし<br>講座名・期間 ( )  |       |         |
|               | ⑤ 職場や地域で、手話を使う方が、 <input type="checkbox"/> いる ・ <input type="checkbox"/> いた ・ <input type="checkbox"/> なし<br>具体的に ( )   |       |         |
|               | ⑥ <input type="checkbox"/> その他 ※イベント参加や独学等があれば教えてください<br>具体的に ( )   |       |         |
| 講座修了後         | ・本講座修了後、県主催の手話通訳者養成講座受講の意志 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |       |         |
|               | ・本講座修了後、各市町に登録し学習会参加の意志 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   |       |         |
| その他           | ・受講にあたって伝えておきたいこと<br>( )  |       |         |
|               | ・本講座を何で知りましたか? ※複数回答可<br><input type="checkbox"/> 広報 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> レキオ・ほーむぷらざ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |       |         |

※上記の情報は、本講座に関することのみで使用いたします。

◀ お問い合わせ ▶

豊見城市 障がい長寿課 (担当: 藤井)

電 話: 098-850-5320

メー ル: sho-hukushi-haken@city.tomigusuku.lg.jp