

年 月 日

香川県聴覚障害者福祉センター  
施設長 太田 裕之 様

次のとおり、手話通訳者養成講座受講者選考試験受験を申請します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

2011年度手話通訳者養成講座  
受講者選考試験 受験申請書

(ふりがな) 氏 名		性別	男・女
住 所	(〒 _____ ) 市・郡 町 番地 (FAX _____ ) (TEL _____ )		
職 業			
生年月日	( 大・昭・平 ) 年 月 日生 (満 才)		
手話奉仕員登録 所属手話サークル	県手話奉仕員登録 ( 有 ・ 無 ) サークル名 ( _____ ) 手話経験年数 ( _____ ) 年		
希望会場	( ) 香川県聴覚障害者福祉センター (土曜日) ( ) 丸亀市保健福祉センター (水曜日)		
備 考			

※顔写真(免許証サイズ2.4cm×3.0cm 裏面に氏名を記入) 1枚添付してください。