別紙

**令和６年度手話通訳者養成フォロー研修会申込書**

愛媛県視聴覚福祉センター所長　様

手話通訳者養成フォローアップ研修会に参加したいので申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　 | 住　　所・郵便番号 | 電話・ＦＡＸ |
|  |  |  |

（受講歴）

□令和６年度　手話通訳者養成講習会通訳Ⅱの受講者

□令和５年度　手話通訳者養成講習会（通訳Ⅰ）の受講・修了者

□令和５年度　手話通訳者養成講習会（通訳Ⅲ）の受講・修了者

□（　　　　　）年度　手話通訳者養成講習会（　　　　）の修了者

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※該当する箇所に☑と記入をお願いします。

※今回知り得た個人情報は、申し込みのあった研修会以外に使用することがな

いよう管理を行います。

＜お願い＞

愛媛県総合保健福祉センターの駐車場が利用できますが、台数に限りがありますので、交通機関の利用や乗り合わせでご来場ください。

＜締め切り　令和７年１月２３日(木)＞