

令和7年度 四街道市手話奉仕員養成講座（後期）申込書

下記項目を記載し、郵送、FAX、メールにより、障がい者支援課に直接お申し込みください。

記

フリガナ

氏 名 (男 ・ 女)

生年月日 昭・平 (歳)

〒

住所

住所が四街道市以外の場合 在勤 ・ 在学

※どちらかを○で囲んでください

勤務先名・学校名

電話番号 /FAX

受講時の緊急連絡先

手話奉仕員養成講座前期の履修年度 平成・令和 年度

手話奉仕員養成講座前期以外の手話の学習歴

☐ なし

☐ 手話サークル会員 (サークル名)

(活動年数 年)

☐ その他 ()

(問合せ・申込先)

四街道市福祉サービス部障がい者支援課

〒284-8555 四街道市鹿渡無番地

TEL:043-421-6122 FAX:043-421-2676

E-mail:yshogai@city.yotsukaido.chiba.jp