桶川市手話通訳者養成講座（前期）申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 年齢 |
| 氏名 |  | | |  |
| 住　　所 |  | | | |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  | |
| （FAX） |  | （E-mail） |  | |
| 勤務先名称  または  学校名称 |  | 所在地 |  | |
| 志望動機 |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 聴覚障害者福祉、地域活動又は手話に関わる活動内容 |  |

【申し込み・問い合わせ先】

〒３６３－８５０１　桶川市泉１－３－２８

桶川市役所　障害福祉課　障害手当・医療係

ＴＥＬ　　　０４８－７８８－４９３５

ＦＡＸ　　　０４８－７８６－５８８２