令和８年度 川越市手話講習会【試験対策講座】受講申込書

受付確認欄

氏　　名	（フリガナ）	
生年月日	（　昭和・平成　）　　年　　月　　日生　　満（　　）才	
住所	〒　　－	
連絡先	○日中連絡ができる電話番号・メールアドレスをご記入ください。 ・自宅電話：　　・携帯電話： ・ｱﾄﾞﾚｽ（必須）：	

● **川越市登録手話通訳者認定試験受験資格**（該当箇所に記入してください）

□市町村主催の通訳者養成講習会修了（見込み）	修了年度：　　年度
	主　　催：
	コース名：
□上記と同程度の通訳者養成講座修了（見込み）	修了年度：　　年度
	養成機関：
□手話通訳技能認定試験合格	合格年度：　　年度
□手話通訳者全国統一試験	合格年度：　　年度
□手話通訳活動歴	活動期間：　　年　～　　年
	活動自治体：
□その他 （上に掲げるものと同等の知識及び技能を有している）	左記内容について具体的に記載：

● **受講希望理由**（２００字程度。必ず記入してください。）

提出先　川越市障害者福祉課　手話講習会担当