令和８年度川越市手話講習会ステップアップコース（Ⅰ・Ⅱ）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	○日中連絡ができるところを一か所以上記入してください。 ・自宅電話：　　・ＦＡＸ： ・携帯電話： ・アドレス：	
勤 務 先 学　　校	○市外在住の方は必ず記入してください。 ・名　　称： ・電話番号： ・住　　所：　〒　　－	

● 手話講習会受講歴等　☑

☐　受講経験なし

☐　受講経験はないが手話サークル等に在籍しているまたは在籍したことがある

在籍期間：　　年頃　　～　　年頃まで　／　現在在籍中

☐　受講経験あり　　開催年度：　　年度

講座名：　　主催者：　　回数：全　　回

● Zoom（Web 会議システム）の利用　☑

☐　利用不可

☐　利用可　→　機器：　PC　iPad　Android タブレット　ほか（　　）※○をつけてください。

☐　１画面に９人表示できる　　☐　１画面に９人表示できない

● 受講を希望する理由

※110 円切手を貼付した返信用封筒（ご自身の住所・氏名記入）2 部もご提出ください。

申込書に不備があるときは受け付けられません。提出前にもう一度内容をご確認ください。

提出先　川越市障害者福祉課　手話講習会担当