

記入日：令和 6 年 月 日

令和6年度 手話講習会養成クラス

# 受講選考試験申込書

(注)\*欄には記入しないこと

フリガナ		*実施主体 狛江市社会福祉協議会
氏名		*受験番号
生年月日	(西暦・昭和・平成) 年 月 日生	
住所	〒 —	
	フリガナ	
連絡先	メール	
	TEL	
	FAX	
統一試験 受験経験	1) 統一試験の受験経験 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 2) これまでの統一試験の受験回数(以上で「なし」と答えた方は 回答不要) <input type="checkbox"/> 1~3回 <input type="checkbox"/> 4回~5回	
手話 学習歴	1) <input type="checkbox"/> 狛江市手話講習会 上級クラス修了 <input type="checkbox"/> 狛江市手話講習会 養成クラス修了 2) <input type="checkbox"/> その他 1)と同程度の方 (例:〇〇市 手話講習会 養成課程修了など) ⇒( )修了 3) <input type="checkbox"/> 狛江市手話講習会以外での手話学習歴、全国手話検定試験 の経験があれば取得している級についてもご記入ください。 ⇒( )  ※ 1)に該当しない方については、申込書送付前にお電話にてご 連絡ください	

※提出締め切り 3月11日(月) 午後5時まで

※本用紙の提出後、該当者には試験に関するご案内を郵送します

試験予定日は3月19日(火) 午前10時からを予定しております

送付先：狛江市社会福祉協議会（手話講習会担当）

E-mail: [com@welfare.komae.org](mailto:com@welfare.komae.org)

FAX: 03-3430-9779