

手話通訳者コース(入門課程)

受講者募集要項

1. 受講対象者

【下記のすべてを満たす方が対象です】

- ・手話を初めて学ぶ方のうち、将来的に堺市登録手話通訳者として活動する意思のある方。
- ・受講テストに合格された方。

2. 定 員 : 15名

3. 期 間 : 令和3年7月2日(金)~令和4年3月25日(金) 全35回
10:00~12:00

4. 会 場 : 堺市健康福祉プラザ(堺市堺区旭ヶ丘中町4-3-1)

5. 受講費用 : 無 料 (ただしテキスト代は自己負担。3,300円税込)

6. 申し込みおよび問い合わせ先

申込書に必要事項を記入し、郵送または持参で

堺市立健康福祉プラザ 視覚・聴覚障害者センターへ提出してください。

6月22日(火)必着。 記入漏れや期限後の申し込みは受け付けません。

〒590-0808

堺市堺区旭ヶ丘中町4-3-1 堺市立健康福祉プラザ2階

視覚・聴覚障害者センター

TEL 072-275-5024

〔受講者決定にかかるテストを実施します〕

日 時 : 令和3年6月25日(金) 10時00分

受付 : 午前9時45分~

場 所 : 堺市健康福祉プラザ 4階 401号室

持 物 : 筆記用具

※ 別途案内は差し上げませんので、直接会場へお越しください。

※ 順番は、当日の受け付け順とさせていただきます。

堺市手話通訳者養成講座(入門コース)申込書

(センター使用欄) 受験結果: 合格 ・ 不合格 (得点 点) 受講可否判定: 受講決定・受講不決定		受 験 番 号	(センター使用欄)
--	--	------------------	-----------

視覚聴覚障害者センター
 聴覚障害者情報提供施設長 様

令和 年 月 日

私は将来、堺市内で手話通訳者として活動したいので、受講の申し込みをします。

フリガナ			
氏 名			
生年月日	西暦 年 月 日生		
住 所	〒 -	TEL	
		FAX	
学校または勤務先 (堺市在住者以外)	連絡可・連絡不可		
学校または勤務先 の所在地 (堺市在住者以外)	〒 -	TEL	
		FAX	
特技・資格			

