川西市手話サポーター養成講座申込書

令和　　年　　月　　日

川　西　市　長　殿

申込者　　住所

氏名

連絡先

E-mail

|  |  |
| --- | --- |
| 開講希望日  （９０分） | 第１希望日　令和　　年　　月　　日　(　　）　　　　時　　　分　開始  第２希望日　令和　　年　　月　　日　(　　）　　　　時　　　分　開始  第３希望日　令和　　年　　月　　日　(　　）　　　　時　　　分　開始 |
| 団体名 |  |
| 対象団体種別 | 住民　　　企業　　　学校　　　行政　　　その他(　　　　　　　） |
| 受講者数 | 人 |
| 代表者 | 役職・氏名 |
| 開催場所 | ・あり　　　　　　　　　　　　　　　　　・ない(市の施設）  施設名：  施設の連絡先  機材準備　　・できる（プロジェクター・スクリーン）　・できない |
| 動機・きっかけ |  |
| 地域・学校・職場等で  よく使う言葉や  教えてほしい手話表現  (例：挨拶　自己紹介） |  |

　＊　別添の名簿を一緒にご提出ください

川西市障害福祉課　　　　メールアドレス：kawa0149@city.kawanishi.lg.jp　電話：０７２－７４０－１１７８

　担当　辻本・川口