

令和7年度福岡県盲ろう者通訳・介助員養成研修会申込書

フリガナ			性 別	生年月日
氏名			男・女	
住所	〒			
電話番号		FAX		
携帯番号		メールアドレス		
職業				
習得している コミュニケーション 手段 (通訳できる 方法及び経験 があるもの すべてに ○を記入して ください)	●手話(経験年数 年)⇒ 弱視(接近手話)・触手話 ●手話通訳士の資格(有・無) ●点字(経験年数 年) ●指点字(ライト式・パーキンス式) ●ブリスト ●指文字(日本語式・ローマ字式) ●手書き文字 ●音声 ●筆記 ●パソコン通訳 *要約筆記通訳者の登録(有・無)			
所属サークル等 名称				
障がいの有無	有 ・ 無 障がい名()			
受講の動機と 現在の活動状況				

申込み・問合せ先 〒816-0804 福岡県春日市原町3丁目1番地7
(クローバープラザ 受箱13号)

公益財団法人福岡県身体障害者福祉協会

TEL 092-584-6067 FAX 092-584-6070

※申込み書に記載された個人情報は研修会の運営管理目的にのみ利用させていただきます。