

通訳・介助員申込書 (通訳・介助員-①)

ふりがな		性 別
氏 名		男 ・ 女
生年月日	西暦	年 月 日
連絡先	〒 —	
	TEL:	
	携帯:	
	FAX:	
	メール:	
※研修会当日にZoomの接続が不安定な場合、携帯にご連絡する場合があります。携帯・メールは必ずご記入ください。		
障害のある方	全盲 ・ 弱視 ・ 全ろう ・ 難聴 ・ その他()	
資料の種類	墨字 ・ 点字	
担当する盲ろう者	氏	

氏名 _____

(通訳・介助員-②)

いずれかに○をつけてください。

謝金の
支払

・友の会負担 ・ 協会負担
・都道府県(公費)負担(負担先: _____)

旅費の
支払

・友の会負担 ・ 協会負担
・都道府県(公費)負担(負担先: _____)