第１号様式（第５条関係）

社会福祉法人調布市社会福祉協議会

中途失聴・難聴者手話講習会事業受講申請書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人調布市社会福祉協議会会長　様

次のとおり、中途失聴・難聴者手話講習会を受講したいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 |
| 氏　名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 　昭和・平成　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 身体障害者手帳 | あり　（　　　　　　級）　・　なし |
| 聴こえの程度 | 補聴器の使用 | あり　・　なし |
|  |
| 手話経験 | あり　（　　　　　　　　　　　　　　　）　・　なし |
| 申請コース | １　初心者コース　　　　２　経験者コース |