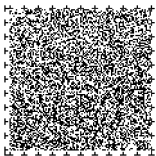


【送付先】鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課社会参加推進室 行き  
 〒680-8570 鳥取市東町一丁目220  
 ファクシミリ 0857-26-8136  
 電子メール shougai-fukushi@pref.tottori.lg.jp

## 手話通訳者等の頸肩腕障がいを予防するための健康管理講習会 参加申込書

※各項目に記入又はチェックボックス（□）にレ点を記入してください。

(ふりがな) 氏 名	( )
住 所	〒 -
対象者種別 <small>※複数の種別に該当する場合は、 該当するものすべてにレ点を 記入してください。</small>	<input type="checkbox"/> 手話通訳者 <input type="checkbox"/> 手話奉仕員 <input type="checkbox"/> 要約筆記者 <input type="checkbox"/> 要約筆記奉仕員 <input type="checkbox"/> 盲ろう者向け通訳・介助員 <input type="checkbox"/> ろう者 <input type="checkbox"/> 盲ろう者 <input type="checkbox"/> 手話通訳・要約筆記を利用する方 <input type="checkbox"/> その他 ( )
希望時間帯	<input type="checkbox"/> 午前の部 (10:00~12:00) <input type="checkbox"/> 午後の部 (13:30~15:30)
連絡先	電 話
	ファクシミリ
	電子メール
同行者 (例：盲ろう 者向け通訳・ 介助員)	有                      無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	人                      数                      人
連絡事項	[連絡事項があれば御記入ください。] (例：ヒアリンググループが必要、車椅子を利用)



※ご記入いただいた個人情報、参加の受付その他本講習会の運営のためにのみ使用し、他の目的には使用しません。