

東大和市登録手話通訳者登録認定審査申込書

提出期限：令和8年2月27日(金) ※郵送の場合は消印有効

審査日(試験日)：令和8年3月7日(土)

提出方法：①直接提出 東大和市 健福祉部 障害福祉課 障害福祉係
(東大和市役所 1階 8番窓口)
②郵 送 宛先 〒207-8585 東大和市中中央3-930
東大和市役所 健福祉部 障害福祉課 障害福祉係 根岸 宛
③FAX 送信 障害福祉課 根岸 宛 FAX 番号 042-563-5928

(ふりがな) 氏 名	
性 別	男 ・ 女 (○で囲んでください)
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 生
住 所	〒 _____
電話番号	()
FAX 番号	()
手話の経験	該当する口に☑を入れてください。複数選択可。 <input type="checkbox"/> 現在、東大和市登録手話通訳者である <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会等が主催した手話通訳者養成講座を修了した ⇒ _____年度修了 <input type="checkbox"/> 東大和市以外で手話通訳者として活動したことがある ⇒ 地域名 _____ <input type="checkbox"/> その他()
点数開示の 希望	希望する / 希望しない ※いずれかを○で囲んでください。