

令和3・4年度 島根県要約筆記者養成講習会 受講申込書

令和 年 月 日

島根県聴覚障害者情報センター所長 様

上記講習会の募集要項に基づき、受講を申し込みます。

フリガナ 氏名		男 ・ 女	昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)
住所	(〒 -)			
電話	1. 自宅 2. 携帯 3. 職場	FAX		1. 自宅 2. 職場
Eメール	※講習会に関する諸連絡に使用するため、必ずcenter@shimane-choukaku.jpから受信できるよう設定をお願いします。			
職業				
希望コース 希望コースに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<input type="checkbox"/> 手書きコース <input type="checkbox"/> パソコンコース <input type="checkbox"/> 両コース			
持参するパソコンのOS (パソコンコース希望者のみ)				
志望動機				
テキスト購入希望	テキスト 厚生労働省カリキュラム準拠 要約筆記者養成テキスト (上・下巻) 希望する ・ 希望しない			
受講経験のある講座 <該当の方のみ>	<input type="checkbox"/> 要約筆記奉仕員養成講座 <input type="checkbox"/> 要約筆記者移行講習会 (手書き・パソコン) コース修了 <input type="checkbox"/> 要約筆記者養成講習会 年/ 手書き ・ パソコン コース			

※両コース同時受講は可能です。

※受講にはテキストが必要です。持っていない方は購入をお願いします。

※記載された個人情報、本事業の目的以外には使用いたしません。