令和７年度 越前市手話奉仕員養成講座　入門課程　受講申込書

**申込にあたり、事業の委託先である【社会福祉法人 福井県聴覚障がい者協会】に申込内容等について**

**提供することに同意します。**

記入日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 連 絡 先 | 携帯番号： |
| TEL(自宅)：　　　　　　　　　　　　FAX(自宅)： |
| **メールアドレス**： |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） |
| 保護者 | (受講申込者が１８歳未満の方はお書きください) |
| 職　　業 | 会社員 ・ 公務員 ・ パート ・ 無職・ 学生 ・ その他 |
| 勤務先住所  （市外在住者） | 〒 |
| 手話サークル | 加入サークル名（　　　　　　　　　　　）　・　未加入 |
| その他 |  |
|  |
|  |
|  |

**申込締切：令和　７年　５月　２日(金)必着**

**【受講申込先】**

〒915-8530　越前市府中一丁目13-7　　越前市役所 社会福祉課⑨番窓口

FAX/0778-22-3257　E-mail/ fukusi[@city.echizen.lg.jp](mailto:info@echizen-shakyo.or.jp)

※電話申込は受け付けておりませんのでご注意ください。