【主催：一般財団法人全日本ろうあ連盟】

【申込先・問合せ先】
※「本人 → 推薦団体」へ提出後、「推薦団体 → 事務局」へ提出してください。

手話言語アナウンサー・手話言語解説者・手話言語通訳者養成研修事務局
（委託先：認定特定非営利活動法人 障害者放送通信機構）
メール：kensyu@medekiku.jp FAX：06-6242-6502

2024
手話言語アナウンサー・手話言語解説者・手話言語通訳者養成研修
受講申込書

申込日 年 月 日

受講生	ふりがな	
	氏名	（ろう者 ・ きこえる人）
	住所	（〒 － ）
	メールアドレス ※必ずご記入ください	
	職業	
	受講希望	※受講希望を「○印」で囲んでください ①手話言語アナウンサー ②手話言語**解説者** ③手話言語通訳者
	■テレビ・インターネット配信等における出演の経験（ケーブルテレビ等を含む） ※どちらかに「○印」をつけてください 有 ※局・番組名など（ ） ・ 無	
	■競技経験（②手話言語**解説者**希望の方はご自分の専門競技をご記入ください） ※どちらかに「○印」をつけてください 有 ※競技名（ ） ・ 無 ■競技経験について以下に詳細をご記入ください（別紙でも可） ■今回の研修への参加を決めた理由を教えてください	
	受講日程 ※全講座出席が基本です。やむを得ない事情で出席できない場合はその日に「×印」をつけてください 例：（ × ）	【講義】2024／5／25（土）（ ） 5／26（日）（ ）
		【実習】2024／6／22（土）（ ） 6／23（日）（ ）
		【オンライン研修】2024／6／30（日）（ ）
		【講義】2024／7／20（土）（ ） 7／21（日）（ ）
		【実習】2024／8／17（土）（ ） 8／18（日）（ ）
		【実習】（予定）2024／9／13（金）（ ） 9／14（土）（ ） 9／15（日）（ ）
推薦者	団体名	
	ふりがな	
	氏名	
	役職	
	※どれかに「○印」をつけてください 上記の者を （①手話言語アナウンサー ②手話言語解説者 ③手話言語通訳者） の養成研修受講生として推薦します。	