

石垣市意思疎通支援者登録申請書

（ 更新 ・ 新規 ）

フリガナ			生 年 月 日
氏 名			昭和 平成 年 月 日生
住 所	〒		
連 絡 先	電話番号： 自 宅	勤 務 先	
	F A X：	携 帯 電 話	
	m a i l：		
連 絡 方 法	※連絡の取りやすい順に1～3までの番号をつけてください ( ) 職場 ( ) 携帯電話 ( ) 自宅 ( ) その他[具体的に： ]		
勤務先			
登 録 種 別	<input type="checkbox"/> 手話奉仕員 <input type="checkbox"/> 手話通訳者 <input type="checkbox"/> 要約筆記者		
手話学習歴等	*養成講座：手話奉仕員・者    /    要約筆記奉仕員・者    *サークル：手話・要約		
取得済み資格	手話/ <input type="checkbox"/> 通訳士 <input type="checkbox"/> 通訳者    要約/ <input type="checkbox"/> 筆記者 <input type="checkbox"/> 奉仕員 ※新規で申請の際は資格証または認定書等の写しを添付してください		
支 援 経 験	手話通訳 / 約 年 月		
	要約筆記 / 約 年 月		
振 込 口 座	銀行・金庫 支店		普通預金 ・ 当座預金
	名 義 (本人名義)		口座番号
そ の 他	特記事項		

石垣市意思疎通支援者派遣事業実施要領第2条第1項の規定により、上記のとおり申請します。

石 垣 市 長    様

年    月    日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

※その他欄には、専門分野に関することや活動時間等について申し出たいことを記載してください。  
 ※3ヶ月以内に撮影した顔写真（縦3cm横2.3cm）1葉を添付してください。  
 ※手話奉仕員で登録する方は□太枠内のみ記入してください。