様式第４号

講　師　登　録　申　請　書

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 印 | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | |
| 連絡先 | TEL |  | FAX |  |
| 携帯電話 |  | | |
| Eメール | (パソコン) | | |
| (携　帯) | | |
| 資格  所持するものに○をしてください | １　手話通訳者養成講座講師資格 | | | |
| ２　要約筆記者養成講座講師資格 | | | |
| ３　手話奉仕員養成講座講師資格 | | | |
| ４　手話通訳士 | | | |
| その他資格  言語聴覚士  教員免許等 |  | | | |
| 銀行口座  （講師謝金振込用） | 銀行名　　　　　　　　　　本・支店名 | | | |
| 普通・当座　　　口座番号 | | | |
| 名義（カタカナ） | | | |

**※資格を証明するもの(最新のもの)の写しを添付してください。**

この申請書に記入されている個人情報は、この事業以外の目的には利用しません。

※ 以下は、ご記入不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録完了通知 | |
| 申請のとおり登録しました。  但し登録の有効期限は、令和　　年　　月　　日から令和　　　年３月31日とします。 | |
|  | 令和　　　年　　　月　　　日  社会福祉法人山口県聴覚障害者福祉協会  　　理事長　　　　　　　　　　　　　　印 |