

## 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