様式第１号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 志免町手話通訳者登録申込書 |
| 住　　所 | 〒 |
| 氏　　名 |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 電　　話 | 自　宅 | （　　）　　－ | 勤務先名称 |  |
| 勤務先 | （　　）　　－ | 勤務先住所 |  |
| 登録したい　理　　　由 |  |
| 手話通訳者の登録を申し込みます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞志免町長　　　　　　　　　　様 |

|  |
| --- |
| 手話通訳者調書（　　　年度） |
| ふ　り　が　な |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　　　名 |  | 生　年　月　日 | 年　　　月　　　日（　　　　　歳） |
| 住　　　所 | 〒 | 電　話 | （　　）　　－ |
| FAX | （　　）　　－ |
| e-mailアドレス | 　　　　@　　　　@ | 携　帯 | （　　）　　－ |
| 勤　務　先　名 |  | 電　話 | （　　）　　－ |
| FAX | （　　）　　－ |
| 勤　務　先　住　所 | 〒 | 勤務日 |  |
| 連　絡 | 可　　・　　不可 |
| 通訳可能曜日・時間帯 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝日 |
| （可能なものに○をつけてください。） | 午前午後夜 | 午前午後夜 | 午前午後夜 | 午前午後夜 | 午前午後夜 | 午前午後夜 | 午前午後夜 | 午前午後夜 |
| 夜間、早朝を含む緊急時対応について※関係機関から直接派遣依頼がある場合があります。 | 可　・　不可 |
| 手話通訳者名簿等を作成する場合、関係機関に公表して良いものに○をつけてください。　①氏名　②自宅住所　③自宅電話番号　④自宅FAX　⑤携帯電話番号　⑥e-mailアドレス　⑦勤務先名　⑧勤務先住所　⑨勤務先電話番号　⑩勤務先FAX |
| 所属手話サークル名 |  |
| 取　得　資　格　 | 手話通訳士　県認定手話通訳者　地域登録手話通訳者 |
| 頚肩腕検診受診状況 | 受診年度（　　　年度）　検診結果（Ａ・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ・Ｄ）未検診 |
| その他連絡事項がありましたら、記入してください。 |
| 振込先口　座 | 振込先　　　　　　　　　　　　　支店名　　　　　　　　　普・当　　　　　　口座番号　　　　　　　　　　　　口座名義（カナ）　　　　　　　　　　　　　 |