

ろう手話通訳チーム 登録票

記入日: 2015 年 月 日

フリガナ			(顔写真)
氏 名			
住 所	フリガナ 〒		
FAX番号	() —	性 別	男 ・ 女
生年月日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日	年 齢	才
PC Email アドレス	@		
携帯 Email アドレス	@		
通訳希望 コース	☐ ろう手話通訳部門 ☐ 国際手話通訳部門 (国際手話だけでなく、ASL、LSFなどができるのであれば、可) ☐ 両方を希望する		
学 歴 (幼稚園から在籍および卒業した学校すべて)			
年 月～	年 月		
年 月～	年 月		
年 月～	年 月		
年 月～	年 月		
年 月～	年 月		
年 月～	年 月		
海 外 歴 (国際手話通訳部門を希望した方) 国内で国際手話やASLなどを学んだ方も含む)			
年 月～	年 月		
年 月～	年 月		
年 月～	年 月		
志望動機			
そ の 他 (自分アピールなど 何でもお書き下さい)			
(社)東京都聴覚障害者 連盟の正(賛助)会員	加入済(加入予定)であれば、○をつけてください。 2013年度()・2014年度()・2015年度()		