

2023(令和5)年度 聴覚障害者関係施設職員および行政職員対象  
新入職員研修 受講申込書 (個人用)

※記入後、職場の所属長にご提出下さい。

フリガナ				きこえ
氏名				きこえない きこえにくい きこえる
交流会	<input type="checkbox"/> 参加を希望する <input type="checkbox"/> 参加を希望しない			
勤務先				
職種 (業務の 内容)				
現在の勤務先における勤務年数		<input type="checkbox"/> 1ヶ月以下 <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 2年未満 <input type="checkbox"/> 3年未満		
現在の勤務先以外における 聴覚障害者福祉関係業務の経験		<input type="checkbox"/> ある (    年    カ月) <input type="checkbox"/> ない		
勤務先 TEL		勤務先 F A X		
勤務先 メール				
※上記アドレスに「受講決定通知」をお送りします。確認しやすいアドレスをご入力ください。				
過去に研修センターの研修を受けたことがあるか		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		