

様式第1号（第6条関係）

中井町意思疎通支援者登録申請書

年 月 日

中井町長 様

氏 名 ㊦

中井町意思疎通支援事業実施要綱第6条の規定に基づき、中井町意思疎通支援者の登録を受けたいので申請します。

ふ り が な			
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
電 話 番 号			
FAX 又は e-mail			
業 務 内 容	手話通訳者・要約筆記者（手書き・パソコン）		
神奈川県登録の有無	有（神奈川県登録番号	）	無
手話通訳者・要約筆記者の資格			
手話通訳者・要約筆記者経験歴			
その他特記事項			

- (注1) 「電話番号」及び「FAX 又は e-mail」欄は、必ず連絡の取れる連絡先を記入すること。
(注2) 神奈川県登録がある場合及び手話通訳者・要約筆記者の資格については、当該登録又は資格が確認できる書類を添付すること。
(注3) その他特記事項には専門分野に関することや活動できる時間帯について記載すること。また、神奈川県以外の都道府県への登録がある場合、その旨を記載すること。