

平成 31 年度 要約筆記者指導者養成研修 受講者 推薦書

下記の者を、標記研修の受講者として推薦いたします。
なお、推薦順位は右のとおりです。

推薦順位	推薦元担当者様記入欄
------	------------

ふりがな				2. 性別	3. 生年月日	
1. 氏名				1. 男 2. 女	() 年 () 月 () ※西暦で記入	
ふりがな						
4. 現住所		(〒 -) 都道 府県				
5 連 絡 先	電話	- -	1. 自宅 2. 職場 3. 携帯	F A X	- -	1. 自宅 2. 職場
	Eメール	@				
6. 受講希望コース		1. 基礎研修コース：手書きクラス ・ パソコンクラス				
※1 希望するコース・クラス等に、それぞれ○を付記		2. 難聴者コース				
※2 ステップアップコース希望者のうち、都合の悪い回がある者は該当回に×を付記し、修了情報を記入		※1 本推薦書とともに、自身の要約筆記「利用体験記」(1,200字以内)を提出(様式自由) ※2 情報保障：要約筆記とヒアリンググループ(磁気テープ)を用意します				
		3. ステップアップコース：手書きクラス ・ パソコンクラス				
		各開催回の都合：第1回() ・ 第2回()				
		本研修修了情報：修了年度 西暦()年度/推薦自治体名()				
		※1 本推薦書とともに、地域の直近年度の「養成カリキュラム」を提出 ※2 受講決定後、別途課題提出あり				
7. 講師予定等		1. 現在の講師活動の有無：あり ・ なし				
※ 該当項目に○を付記し、地域名を記入		2. 今後の講師活動の予定：あり ・ なし				
		3. 担当(予定)地域：都道府県名() 市区町村名()				
8. 受講時配慮(該当者のみ)		聴覚障害以外の障害があり、受講時に配慮が必要な者は具体的な内容を記入				
9.	要約筆記者としての登録開始年(登録要約筆記者の方へ)	西暦()年～				
	要約筆記の個人派遣の利用経験の有無(聴覚障害者の方へ)	あり ・ なし ※個人派遣：行政の手続きや通院等のために自分で申請し、個人的に派遣してもらうこと				

※受講を希望する者は、太枠内をすべて記入して7と8は該当する項目、都道府県・市の担当者に提出すること。

※ 本研修の受講に際し取得した個人情報、主催者が本研修の運営に関する業務(連絡、資料・課題の送付、名簿作成等)に利用し、この個人情報をこれ以外の目的に使用する際は、その旨を明示し了解を得るものとする。

2019年 月 日
(ご推薦者)

(都道府県 市) 障害保健福祉主管課(室)名 ()

(ご担当者ご芳名) 電話

FAX

※ ご担当者様のメールアドレス @

社会福祉法人聴力障害者情報文化センター 理事長 殿

※ 本推薦書は、2019年5月17日(金)までに(社福)聴力障害者情報文化センターへご送付ください。