（別紙 3）

令和3(2021)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、推薦順位は右の通りです。

推薦順位	

ふりがな			生年月日	
氏名			年 月 日	
現住所	（〒 ー ） 都道府県			
連絡先 日中の連絡先	1.自宅 2.職場 3.携帯 4.FAX	第２連絡先	1.自宅 2.職場 3.携帯 4.FAX	
連絡先 メールアドレス	※画像や添付データの送受信可能アドレスをご記入ください。（資料送付・課題提出等で使用します）			
受講希望について ※ご希望のコース・クラスに〇を付けてください	1.**基礎研修コース** ①手書きクラス ②パソコンクラス 2.**難聴者コース** ※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 情報保障として、全クールに要約筆記を用意します。 3.**ステップアップコース** ※1 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 本研修の修了情報： 修了年度 （ 年度） A.第１回（オンライン講義） ①手書きクラス ②パソコンクラス B.第２回（対面講義） ①手書きクラス ②パソコンクラス			
講師経験	1.有 2.なし	助手の経験	1.有 2.なし	
（登録要約筆記者の方へ） **要約筆記者の登録開始年**	**登録開始年**（ ）年～			
（難聴者コース希望の方へ） **要約筆記「個人派遣」利用の有無**	1.有 2.なし	※個人派遣とは、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をいいます。		

※受講を希望する方は、太線の内側を記入して都道府県、市の担当者にご提出ください。

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

令和３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

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

※令和３年５月15日（土）までに本状を(社福)聴力障害者情報文化センターにお送りください。