

様式第1号（第6条関係）

愛媛県意思疎通支援者登録申請書

年 月 日

愛媛県知事 様

氏名

愛媛県意思疎通支援者実施要綱第6条第1項の規定により、愛媛県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		生年月日	年 月 日
氏名			
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）		
手話通訳者・要約筆記者等の資格	手話通訳士・手話通訳者・要約筆記者・その他（)		
手話通訳者・要約筆記者活動歴	直近1年間の派遣実績有無 有 ・ 無 研修会の参加有無 有（) ・ 無		
市町等への意思疎通支援者登録の有無	手話：登録先（) ・ 無 要約：登録先（) ・ 無		
県内市町等への情報提供の同意	市町による派遣事業の実施、災害時における支援等のために、県内各市町及び関係機関（※1）への登録者情報の提供について 同意する ・ 同意しない		
その他特記事項	（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）		

（※1）関係機関とは、愛媛県視聴覚福祉センター、愛媛県障がい者社会参加推進センターのほか、手話にあっては愛媛県聴覚障害者協会、要約筆記にあっては愛媛難聴者協会、愛媛県要約筆記サークル連絡協議会とする。