（参加者-１）

２０２５年度　全国盲ろう者団体リーダー育成研修会

受講申込書

２０２５年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 |
| 氏　名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 | |
| 連絡先 | 〒　　　　　**―** | |
| ＴＥＬ： | |
| ＦＡＸ： | |
| メール： | |
| 所属する団体： | |

|  |  |
| --- | --- |
| 障害  程度 | 全盲ろう ・ 全盲難聴 ・ 弱視ろう ・ 弱視難聴 |
| 資料の  種類 | 拡大　　・　　点字　　・　　電子（ＣＤ版） |

ご記入いただいた、氏名・ふりがな・都道府県は後日配布するレジュメの「参加者名簿」に掲載させていただきます。

|  |
| --- |
| 名簿に情報を載せることに　　同意します・同意しません |

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（参加者-２）

|  |  |
| --- | --- |
| 当日の  通訳方法 | 研修会当日の通訳方法を以下の選択肢から選び、ご記入ください。 |
| １． |
| ２． |
| 弱視手話　･　触手話　･　ブリスタ　･　筆記  指点字　・　手書き　・　音声  その他（具体的にご記入ください） |

|  |  |
| --- | --- |
| 当日Ｚｏｏｍを接続する予定の機器を以下から選び、ご記入ください。なお、タブレット端末は画面表示に制限があることから、パソコンでの参加を推奨いたします。 | |
| 接続予定の機器 |  |
| Windowsパソコン・Macパソコン・ｉPad  Androidタブレット端末・その他（具体的にご記入ください）  ※Windows7、Mac（OS X、10.9）以前はＺｏｏｍに対応しておりません。ご注意ください。 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 参加予定の会場を以下から選びご記入ください。 | |
| 参加予定の会場 |  |
| 友の会事務局　・　盲ろう者の個人宅  福祉センター等の公共施設  その他（具体的にご記入ください） | |

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（参加者-３）

|  |
| --- |
| Ｚｏｏｍの接続が不安な方を対象に、Ｚｏｏｍ接続事前確認を行います。希望される方は、以下の日程から、希望の日時、第１希望、第２希望を下記にご記入ください。  お一人、１時間程度を予定しております。  ９月１２日（金）　１０：００～１６：００  ９月１３日（土）　１０：００～１５：００ |
| 第１希望　　　　　月　　　日　　　　　：　　～　　： |
| 第２希望　　　　　月　　　日　　　　　：　　～　　： |

※接続時間は、希望者の人数に合わせて、こちらから指定させていただきます。ご希望に添えない場合がございます。ご了承ください。

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（参加者-４）

|  |  |
| --- | --- |
| 通訳・介助員について、いずれかに○をつけてください。 | |
| 謝金の  支払 | ・友の会負担　・　協会負担  ・都道府県（公費）負担（負担先：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 旅費の  支払 | ・友の会負担　・　協会負担  ・都道府県（公費）負担（負担先：　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 研修会の２～３日前に参加に必要な情報を記載した招待メールをお送りいたします。  受信を希望するアドレスをご記入ください（２つまで）。  ※招待メールの内容は他人に譲渡しないでください。  ※迷惑メール防止のためメールの受信設定をしている場合は､（@jdba.or.jp）のドメイン指定解除を行ってください。 | |
| メール  アドレス | ① |
| ② |

|  |
| --- |
| インターネット上で要約筆記を受けられる「captiOnline  （以下、キャプションライン）」の利用を希望される方は、  チェック✓を入れてください。  事前に接続に必要な情報が記載されたメールをお送りいたします。当日の申請はできませんのでご注意ください。 |
| キャプションラインの利用を希望します |

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（参加者-５）

受講動機を（２００字以上）ご記入ください。

※受講動機は選考時の判定基準といたします。

|  |
| --- |
|  |