

令和3年度北九州市手話通訳者養成事業 《Iホップ》実施要綱

1. 目的

聴覚障害の福祉概要や手話通訳の役割・責務などについて理解と認識を深めるとともに、手話通訳に必要な手話語彙、手話表現技術及び基本技術を習得し、聴覚障害者の理解力に応じた手話通訳が可能な手話通訳者養成を目的とする。

2. 名称

令和3年度北九州市手話通訳者養成講座 Iホップ

3. 主催

北九州市

4. 実施団体

特定非営利活動法人北九州市聴覚障害者協会

5. 講習期間

令和3年6月1日～令和4年2月22日 毎週火曜日

全36講座／手話通訳Iホップ

主に10:00～12:00(120分)

6. カリキュラム・テキスト

テキストは 厚生労働省手話通訳者養成カリキュラム対応
「手話通訳Iホップ」を使用

7. 会場

北九州市立ウェルとばた(戸畑区汐井町1-6)

8. 対象者及び定員

手話奉仕員養成講座を修了し、手話活動経験が1年以上ある20歳以上の北九州市内に居住する方、または勤務する方で手話通訳活動に参加できる方
定員20名(定員を超える申込みがあった場合は選考)

9. 受講料

テキスト代など実費

10. 受講申し込み方法及び締切り

別紙の指定用紙に記入し、5月24日までに下記の事務局までご持参いただくか、もしくは郵送(当日必着)下さい。FAXでの受付は致しません。

11. 受講申し込み先及び問合せ先

〒804-0067

北九州市戸畑区汐井町1-6 ウェルとばた7階

特定非営利活動法人北九州市聴覚障害者協会

TEL・FAX 093-881-0114

令和3年度北九州市手話通訳者養成講座

《Iホップ》申込書

北九州市長 様

私は北九州市手話通訳者養成講座Iホップを
受講したく申込みます。

写
真
貼
付

ふりがな

氏 名 _____ 性別 男・女

生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

現住所 _____

郵便番号 _____ 電話番号 _____

《手話歴》

(1) 手話奉仕員養成講座修了年度 _____ 年度 会場名 _____

《受講希望を具体的にご記入ください》

.....

.....

.....

.....

.....

.....