

手話学習会参加申込書

送信先	送信者
宮城県気仙沼保健福祉事務所母子・障害班 (担当：泉) F A X : 0 2 2 6 - 2 4 - 4 9 0 1 メール : kshwfz-bs@pref.miyagi.jp	送信年月日 : 令和 年 月 日 送信者 : 連絡先 :

↓○をつけてください

1	令和元年 10月 28日	
2	令和元年 11月 18日	
3	令和元年 12月 16日	
4	令和2年 1月 20日	
5	令和2年 2月 17日	

※ 1回のみでの参加も可能です。

(ふりがな) 氏 名	
住 所	〒
電 話	
F A X	
メールアドレス	
手話学習歴	・手話奉仕員養成講座修了 ・手話サークル活動歴 (年目) ・その他 ()
参加の動機	