

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：山本、加藤 FAX：0226-24-4901 メール：kshwfz-bs@pref.miyagi.lg.jp | 送信年月日：令和 年 月 日 送信者： 連絡先： |

参加希望に○をつけてください。1回のみの参加も可

| 第1回 | 第2回 | 第3回 | 第4回 | 第5回 | 第6回 |
|------|-------|-------|-------|------|------|
| 9/25 | 10/23 | 11/27 | 12/25 | 1/22 | 2/26 |
| | | | | | |

| | |
|---------------|--|
| (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 | <ul style="list-style-type: none"> ・初めて ・手話学習会に参加したことがある ・手話サークル活動歴（ 年目） ・手話奉仕員養成講座修了 ・その他（ ） |
| 参加の動機 | |