

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：吉田、三浦、山本 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：

太枠内をご記入ください

ふりがな	
氏名	
住所	〒
電話	※繋がりやすい番号をご記入ください。
FAX	
メールアドレス	
参加の動機	

※1回目の開催日1週間前に最終確認のお電話をいたします。

