

「夏休み1日聴覚障害・手話教室」受講申込書

鹿児島県視聴覚障害者情報センター

外 菌 行 き

(FAX : 099-229-3001)

令和 年 月 日

「夏休み1日聴覚障害・手話教室（教職員）」受講を希望します。

区 分	受 講 希 望 者
(ふりがな) 氏 名	
学 校 名	
担当学年	
郵便番号・住所	
電 話 番 号 (FAX 番号) メールアドレス	* 自宅又は学校等, 昼間に連絡可能な番号
テキスト購入 (2,420円) ○を明記	有 無
備 考	

* 申込締切：令和4年7月22日（金）必着

〔問合せ先〕

鹿児島県視聴覚障害者情報センター（担当：外菌）

TEL 099-220-5896