

「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（小・中学生）」受講を希望します。

区 分		受 講 希 望 者	
(ふりがな) 児童(生徒)氏名			
学 校 名			
学 年			
保護者	氏 名		
	受講希望	有 無	有 無
郵便番号・住所			
電 話 番 号 (FAX番号) メールアドレス			
備 考			

* 申込締切：令和3年7月27日（水）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