令和６年度　中途失聴者・難聴者手話講座　申込書

令和６年度　中途失聴者・難聴者手話講座の参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日　生 |
| 住　　所 | **〒** |
| TEL | 　　　　　　　（　　　　　　） |
| FAX | 　　　　　　　（　　　　　　） |
| メールアドレス |  |
| 職　　業 | 会社員・学生・無職・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 質問等ございましたら記入ください。 |  |

※申込書に記載いただいた内容は，本講座受講のために使用し，それ以外の

目的では使用いたしません。

（注）提出先　鹿児島県視聴覚障害者情報センター

　　　　　　　　　　　　　〒８９０－００２１

　　　　　　　　　　　　　鹿児島市小野１丁目１番１号

　　　　　　　　　　　　　TEL　　０９９－２２０－５８９６

　　　　　　　　　　　　　FAX　　０９９－２２９－３００１

　　　　　　　　　　　　　ｍａｉｌ：ｓｈｕｗａ＠ｓｈｉｃｈｏｃｅｎｔｅｒ．ｋａｇｏｓｈｉｍａ．ｋａｇｏｓｈｉｍａ．ｊｐ

　　　　　　　　　　　　　担当：原園