

はじめての手話教室

(医療編～薬局で働く人対象～)

受講申込書

ふりがな 氏名		年齢	歳
住所	〒 ー		
電話番号			
連絡先	お持ちでない方は「なし」とご記入ください。 FAX番号		
	FAXをお持ちでない方 ファイル添付可能なアドレスがあれば、ご記入ください。 * _とー、o(オー)と0(ゼロ)等の文字を分かるようにお書きください。 @		
お勤めの 薬局			
申込の動機			
この講座を 何で知りま したか？	(該当に○を付けてください) ・札幌協HP ・ビラ ・手話サークル ・案内文書 ・各区民センター ・その他 ()		
*学びたい内容、知りたいことなどをお書きください。			