はじめての手話教室（医療編～病院で働く人対象～）
受 講 申 込 書

ふりがな 氏　名		年　齢	歳
住　所	〒　　－		
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を持っていない方 ファイル添付可能なアドレスがあれば記入ください。 ＊＿と－、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。 @		
お勤めの病院			
申込の動機			
この講座を何で知りましたか？	（該当に〇を付けてください） ・札聴協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。			