**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○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。** | | | |