**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。** |