医療編～薬局で働く人対象～

はじめての手話教室

受　講　申　込　書

ふりがな 氏　名	（フルネームでお書きください）	年　齢	歳
住　所	〒　　－		
電話番号		ＦＡＸ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】		
	連絡の時に使用しますので、ファイル添付可能なアドレスをご記入ください。 ＊＿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。 【メールアドレス】 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
現在、お勤めの薬局			
お申込みの動機			
この教室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　・案内書(チラシ)　・手話サークル ・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			