

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。 【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○をつけてください) ・ 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			