

京都府聴覚支援センター公開講座 参加申込書

下記の欄に必要事項を御記入の上、ファックスでお申し込みください。

所 属	福祉・医療・保健・教育・保護者・学生・その他
所 属 名	
ふ り が な 氏 名	
連絡先(電話・ファックス番号)	
手話通訳の有無	有 ・ 無

* 御記入の個人情報等については、本公開講座に関する連絡のみに使用し、その他の用途には利用しません。但し、関係機関に御所属の方には今後の連絡先として使用させていただきます。

申し込み〆切は、1月29日(金)です。

定員に余裕があるときは当日の参加もできます。

お申し込み先 京都府聴覚支援センター
F A X 0 7 5 - 4 6 1 - 8 1 2 2