|  |  |
| --- | --- |
| **【小・中学生】 「夏休み１日聴覚障害・手話教室」　参加申込書** | |
| 鹿児島県視聴覚障害者情報センター　中村　行  FAX ： 099-229-3001  メール ： nakamura@shichocenter.kagoshima.kagoshima.jp | |
| 令和 ６ 年　 　月　　 日 | |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 学校名 |  |
| 学年 |  |
| 住所 | 〒 |
| e-mail |  |
| TEL  （常時連絡がつく電話番号を記載のこと） |  |
| FAX |  |
| 備考 |  |

※兄弟等複数の家族で申し込む場合は、連名で記載してください。

※兄弟等に同行する小学校３年生以下の児童の参加希望については、情報センター

までお問い合わせください。