|  |
| --- |
| **【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。