

「夏休み聴覚障害・手話教室」参加申込書

【教職員用】

鹿児島県視聴覚障害者情報センター 日置 行

F A X : 0 9 9 - 2 2 9 - 3 0 0 1

メール : shuwa_shidou@shichocenter.kagoshima.kagoshima.jp

申込日：令和 8 年 月 日

フリガナ	
氏 名	
学 校 名	
担当学年	
住 所	〒
e-mail	
T E L (常時連絡がつく電話番号を記載のこと)	
F A X	
備 考	