

「夏休み聴覚障害・手話教室」参加申込書

【小・中学生】

鹿児島県視聴覚障害者情報センター 日置 行

FAX : 099-229-3001

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

令和 8 年 月 日

フリガナ	
氏 名	
学 校 名	
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	

※兄弟等同じ住所の方が複数で申し込む場合は、連名で記載してください。

※兄弟等同行する小学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。