

三重県聴覚障害者支援センター あて
 FAX：059（223）3301
 メール：deaf.mie-center@vivid.ocn.ne.jp

◆ 手話講座申込書 ◆

団体等名		
担当者名		
連絡先	電話	
	FAX	
	メール	
連絡事項	開催日時 希望 ※候補日を複数 挙げてくださ い	第一希望 月 日（ ） 時 分～ 第二希望 月 日（ ） 時 分～ 第三希望 月 日（ ） 時 分～
	会場名 (会場住所)	
	受講人数 (対象者)	
	講座内容の 希望	
	その他	