

千葉聴覚障害者センター
 コミュニケーション課養成普及係
 FAX 043-308-6400
 TEL 043-308-6373

別紙A

記入日 年 月 日()

養成講座 地域活動参加押印対象行事 申込書

| | |
|-----------------|------------------|
| 主催団体 | |
| フリガナ | |
| 担当者名 | |
| TEL/FAX | TEL () /FAX () |
| mailアドレス | @ |
| 聴覚障害者協会 押印者名 | |

HP掲載内容

| | | | |
|------------------|-------------------|---------------------|------|
| イベント名・内容 | | | |
| 場所 | | | |
| 参加費の有無 ※1 | 有 ()円 ・ 無 | | |
| 主催区分 | 協会・支部 | | 共催 |
| 実施日時 | 年 月 日() | | 時～ 時 |
| 受講生受入可能人数 ※2 | 人 | ろう者参加人数 (県会員に限る) | 人 |
| 受講生申込が多数の場合 | 先着順 ・ 抽選 ・ その他() | | |
| 問合せ先 | フリガナ | | |
| | 氏名 | | |
| | TEL/FAX mail | TEL () /FAX () | @ |
| 備考 | | | |
| 受講生参加申込締切日 ※3 | 年 月 日()まで ・ 締切なし | | |

| | |
|----------|-----------|
| HP掲載希望期間 | 月 日 ~ 月 日 |
|----------|-----------|

※1 参加費は2,000円以下のものを対象行事としてください。

※2 受講生とろう者の人数の割合は、受講生1:ろう者2としてください。

※3 申込書は受講生申込み締切日の2週間前までにご提出ください。

〈問い合わせ先〉
 〒260-0022
 千葉市中央区神明町204-12
 千葉聴覚障害者センター
 養成普及係
 TEL 043-308-6373
 FAX 043-308-6400