

＜受講申込用紙＞

令和８年度 第２回市町村意思疎通支援担当者研修会
《 令和８年 １０月２２日（木） 》

市町村名	
氏 名（フルネーム） 担当及び役職	氏名 _____ ☐ 相談担当 ・ ☐ 派遣担当 役職等 _____
氏 名（フルネーム） 担当及び役職	氏名 _____ ☐ 相談担当 ・ ☐ 派遣担当 役職等 _____
連絡先(TEL・FAX) (メールアドレス) *すべてご記入ください。確認等でご連絡をすることがあります。	TEL _____ FAX _____ メールアドレス _____
情報保障の有無 *聴覚障がい者が参加する場合には、「手話通訳者」が付きます。	手話通訳 ・ 要約筆記

* 受講者の変更、欠席などありましたら、速やかにご連絡ください。

(申込先) 神奈川県聴覚障害者福祉センター
 〒２５１－８５３３ 藤沢市藤沢 ９３３－２
 電 話 ０４６６－２７－１９１１
 F A X ０４６６－２７－１２２５
 メール haken@kanagawa-wad.jp

(申込み期限) 令和８年 １０月９日（金）