

# 「聴覚障害について知る講座」申込書

令和 年 月 日

(申込先)

〒251-8533 藤沢市藤沢 933-2  
神奈川県聴覚障害者福祉センター 安澤 行  
Tel 0466-27-1911 Fax 0466-27-1225  
Email shuwa-y@kanagawa-wad.jp

高校名		
所在地		
電話番号	(担当者)	
FAX またはE-mail		
参加生徒	ふりがな 氏名	学年 性別
	緊急連絡先	
	ふりがな 氏名	学年 性別
	緊急連絡先	
	ふりがな 氏名	学年 性別
	緊急連絡先	
	ふりがな 氏名	学年 性別
	緊急連絡先	
	ふりがな 氏名	学年 性別
	緊急連絡先	

- ※ 当日、荒天等により中止する事がありますので、緊急連絡先をご記入ください。
- ※ 変更、欠席等が生じた場合は、必ずご連絡ください。
- ※ これらの個人情報、当講座に関する目的以外には使用いたしません。