

<受講申込用紙>

令和7年度 第2回市町村意思疎通支援担当者研修会

《 令和7年 11月6日(木) 》

市町村名	
氏名(フルネーム) 担当及び役職	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 相談担当 ・ <input type="checkbox"/> 派遣担当 役職等 _____
氏名(フルネーム) 担当及び役職	氏名 _____ <input type="checkbox"/> 相談担当 ・ <input type="checkbox"/> 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
FAX 0466-27-1225
メール haken@kanagawa-wad.jp

(申込み期限) 令和7年 10月24日(金)