

令和7年度 所沢市中途失聴者や難聴者のための手話講座 申込書

ふりがな	
氏 名	
生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)
住 所	〒
連絡先	電話（自宅） () 電話（携帯） () FAX () メールアドレス ご自身にとって一番良い連絡方法は次の内どれですか？ ○をつけてください ① 電話（自宅）②電話（携帯）③FAX ④メール ⑤その他 ()
受講申し込み理由（具体的にお書きください）	
普段のコミュニケーション方法など	
この講座を何で知りましたか	

◎ いただいた個人情報は、所沢市社会福祉協議会個人情報保護規程に基づき管理いたします

社会福祉法人所沢市社会福祉協議会