

## 手話ソング教室 申込書

フリガナ		
氏名		男・女
住所	〒	
	TEL:	FAX:
生年月日	年 月 日	____歳
障害名	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A B <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
緊急連絡先	氏名	
	続柄( )	TEL:
《手話のレベルについて チェック☑をつけてください》		
<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 最近手話を始めた <input type="checkbox"/> その他 ( )		
備考		

※ご記入いただいた個人情報は目的外での使用は致しません。  
また、教室中に撮影した写真は広報等に使用する場合がございます。  
あらかじめご了承ください。

【お申込みお問い合わせ】  
新潟県障害者交流センター 担当: 浅間  
〒950-0121 新潟市江南区亀田向陽1-9-1  
(TEL)025-381-8110 (FAX)025-381-1478

