

手話ソング教室 申込用紙

利用証NO	
-------	--

※利用証をお持ちの方

(全員がご記入ください)

緊急連絡先 ※必須	氏名	TEL : FAX :
手話経験	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 最近始めた <input type="checkbox"/> その他 ()	
ご要望や不安 な点をご記入 ください		

(利用証をお持ちでない方は以下をご記入ください)

フリガナ		性別	男 女
氏名		生年月日	年 月 日
住所			
連絡先	TEL :	FAX :	
障害名	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 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 ()		

※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。

【お問い合わせ】 新潟市江南区亀田向陽1-9-1

●新潟県障害者交流センター 担当：浅間

TEL : 025-381-8110 FAX : 025-381-1478

●新潟県聴覚障害者情報センター 担当：小川

TEL : 025-381-8112 FAX : 025-381-8116