

年度 小学生のための手話講座申込書

学校名	
住所	
連絡先	電話 FAX
メールアドレス	
担当者	
開催希望日	第1希望 年 月 日 () 時 ~ 時
	第2希望 年 月 日 () 時 ~ 時
学年・児童数	年 人
備考	

【申込手順】

①	<p>【申込方法】開催希望日の1ヶ月前までに、申込先までFaxでお申し込みください。</p> <p>【申込先】金沢市聴力障害者福祉協会 住所: 金沢市高岡町7-25 金沢市松ヶ枝福祉館1階 (Tel: 076-233-7729 Fax: 076-233-9011)</p>
②	<p>申込先より決定事項を、担当者様宛連絡いたします。</p> <p>・年10校としているため、先着順とさせていただきます。</p>
③	<p>希望当日、手話講座開催</p> <p>・講師(聴覚に障害のある人)1人、手話通訳者2人を派遣します。</p>