|  |
| --- |
| **手話講座申込書 　　　　　　　　　　　　送信票不要****有田振興局健康福祉部保健福祉課****担当　長尾　あて****ＦＡＸ　０７３７－６４－１２９０****申し込み期限　８月２７日（火）** |
|  | **お名前** | **所　属** | **連絡先（電話番号）** |
| **１** |  |  |  |
| **２** |  |  |  |
| **３** |  |  |  |
| **４** |  |  |  |
| **５** |  |  |  |

**※定員に達しご受講いただけない場合は、ご連絡いたします。**