

(別紙1)

## 根室市思いをつたえる手話言語出前講座申込書

令和 年 月 日

根室市健康福祉部長 様

団体名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

根室市思いをつたえる手話言語出前講座を受講するため申し込みます。

### 記

1. 開催日 令和 年 月 日 ( )

2. 時間 午前・午後 時 分から (概ね1時間)

3. 会場 \_\_\_\_\_

4. 講座担当者 氏名 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

※市より講座開催に向けた打ち合わせのため連絡をいたします。

### 5. 参加者名簿

	ふりがな 氏名	年齢		ふりがな 氏名	年齢
1			16		
2			17		
3			18		
4			19		
5			20		
6			21		
7			22		
8			23		
9			24		
10			25		
11			26		
12			27		
13			28		
14			29		
15			30		

◎問い合わせ先 根室市健康福祉部 社会福祉課 福祉担当

電話番号：23-6111 FAX番号：24-8692