

令和6年度福岡県聴覚障害者相談支援者研修会

参加申込書

11月23日（土）開催の標記研修会に出席いたします。

市町村名 _____

部署名 _____

No.	参加者氏名	連絡先（FAX、TEL、メールアドレス等）	コミュニケーション手段
1			手話 筆談 音声 その他
2			手話 筆談 音声 その他
3			手話 筆談 音声 その他

※災害等により、研修会が中止になる場合がございます。その際、参加者の方への連絡としてご記入いただいた連絡先を使用させていただくことをご了承ください。

【申込締切日：2024年11月8日（金）】

【申込先】

社会福祉法人福岡県聴覚障害者協会
福祉対策部長 篠塚 毅 宛
FAX 092-582-2419
(事務 北尾)