

# 申 込 用 紙

送付先

兵庫県立神戸聴覚特別支援学校  
担当 若松 小百合 行  
FAX 078-709-0371

令和 4 年 6 月 17 日 (金) 9:00 ~ 14:30

第 1 回聴覚障害児支援力向上研修会に 参加を申し込みます

施設名 \_\_\_\_\_

T E L \_\_\_\_\_

名前	住所（施設名でも可）	電話番号	要約筆記 手話通訳
			要・不要
			要・不要
			要・不要
			要・不要

質問等がありましたら、ご記入ください。

申込締切は、6 月 10 日 (金) です