

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 11 月 3 日 (木) 9:00 ~ 15:30

第 2 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

質問や日頃悩んでおられること等、取り上げて欲しいことがありましたら ご記入ください。

申込締切は、10月20日(木)です。