**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。**