

<受講申込用紙>

令和6年度 第1回市町村意思疎通支援担当者研修会
《 令和6年 11月20日（水） 》

市町村名	
氏名 (フルネーム)	
職名	相談担当者 () 派遣担当者 ()
連絡先(TEL・FAX) (メールアドレス) *すべてご記入ください。 当日資料訂正等、確認等でご連絡を することがあります。	
情報保障の有無 *聴覚障がい者が参加する場合には、「手話通訳者」が付きます。	手話通訳 ・ 要約筆記

* 受講者の変更、欠席などありましたら、速やかにご連絡ください。

(申込先) 神奈川県聴覚障害者福祉センター
〒251-8533 藤沢市藤沢933-2
電話 0466-27-1911
FAX 0466-27-1225
メール haken@kanagawa-wad.jp

(申込み期限) 令和6年 11月8日（金）