

こども向け手話教室 申請書

申請年月日 令和 年 月 日

社会福祉法人 大分県聴覚障害者協会理事長 殿

〒870-0907 大分市大津町1-9-5

電話 (097)551-2152

FAX (097)556-0556

団体名 _____

担当者 _____

電話 _____

FAX _____

下記の日程で手話教室の開催を希望します。

記

会場の名称	
会場の住所	
希望日時 (第2希望まで)	第1希望: 月 日() 時 分~ 時 分 第2希望: 月 日() 時 分~ 時 分
参加者数	こども 人(年齢 歳~ 歳) おとな 人 計 _____ 人
希望内容 ※複数回答可	① 挨拶など簡単な手話を学びたい ② 手話歌(希望曲:) ③ 聞こえない人が困ることを知りたい ④ その他()
その他要望など	