

令和元年度 ステップアップ講座受講申込書

ふりがな		性 別
氏 名		男 女
住 所	〒 _____	
	TEL () FAX ()	
生年月日	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	年 齡
		歳
職 業		
申込会場	※いずれかに○印をつけてください。 ・須坂会場 ・千曲会場 ・松本会場 ・飯田会場	
手話講座 歴および 修了年度	・手話奉仕員養成講座を受講した市町村 (市町村名： _____) ・修了年度 (_____) 年度	
手話活動 歴	※いずれかに○印をつけてください。 ・手話サークル入会 (有 ・ 無) ※有と答えた方 サークル名 (_____) サークル歴 (_____ 年)	

(社福) 長野県聴覚障害者協会
FAX 026-295-3610