西播磨福祉地区身体障がい者連合会　主催

手話奉仕員養成講座（基礎課程） 申込書

ふりがな 名　前	
住　所	〒
生年月日	
電話番号	（※日中連絡のつきやすい電話番号）
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	（※パソコンからのメールを受信できるもの）
手話奉仕員養成講座 受 講 歴 等	□令和7年度入門課程(太子町開催分)を修了した □過去に、他の地域で入門課程を受講したことがある 受講期間(　　年)　受講地域(　　市・町) □その他　※手話奉仕員養成講座以外の講座等受講歴があればお書きください。 （　　）
手話サークル等 活　動　歴	（記入例：〇〇手話サークル　活動歴３年）

＜申込締切＞　令和８年５月20日(水)必着

＜提出先＞太子町生活福祉部社会福祉課

〒671-1592 兵庫県揖保郡太子町鵤280-1

電話：079-277-1013