

平成30年度所沢市手話講習会(入門) 申込書

希望するコースに○をしてください。

午前コース	夜間コース	どちらでも可
-------	-------	--------

ふりがな				性別		
氏名						
生年月日	昭・平	年	月	日生	年齢	歳
住所	〒					
電話 FAX(有・無)			携帯電話			
職業			勤務先 学校名			
受講理由	※選考の際、参考にさせていただきます。					
<p>○この講習会を何で知りましたか。 <input type="checkbox"/>市広報 <input type="checkbox"/>市役所 <input type="checkbox"/>所沢社協 <input type="checkbox"/>所沢社協 HP <input type="checkbox"/>公民館等 <input type="checkbox"/>講習会 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>○聴覚障害に関わるボランティア活動 現在、手話サークル等に入会している <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ はい<input checked="" type="checkbox"/>の方:(約 年目)サークル名()</p>						

※個人情報、「所沢市社会福祉協議会個人情報保護規程」に基づき、管理します