2026年度松江市手話奉仕員養成講座申込書

令和8年　　月　　日

氏　　名	性　　別
ふりがな	男　・　女
	生年月日
	年　月　日（　歳）

住　　所	連　絡　先
〒	自宅☎
	携帯
職業	FAX

受講の動機：この講座を受講されるきっかけ、目的などを記入ください。

今までに、手話講座等を受講された事がありますか。

有　　いつ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

どこで ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

講座名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

無

この講座を知ったのは何ですか
- 松江市報
- 松江市ホームページ
- チラシ
- その他（　　）

主催者への要望があれば、ご記入ください。

＊申し込み締切：４月24日（金）

＊個人情報の取り扱いについて：申し込み者の氏名・住所・電話番号等は、手話奉仕員養成講座のためにのみ使用します。

申込先：特定非営利活動法人松江市聴覚障害者協会　FAX：0852-67-2828　E-mail: shijimi@wing.ocn.ne.jp

申込先：松江市役所障がい者福祉課　FAX：0852-55-5309　E-mail:s-fukushi@city.matsue.lg.jp