

桶川市手話通訳者養成講座（前期）申込書

ふりがな				年齢
氏 名				
住 所				
電話番号		携帯電話		
(F A X)		(E-mail)		
勤務先名称 または 学校名称		所在地		
志望動機				

聴覚障害者 福祉、地域 活動又は手 話に関わる 活動内容	
--	--

【申し込み・問い合わせ先】

〒363-8501 桶川市泉1-3-28
 桶川市役所 障害福祉課 障害手当・医療係
 TEL 048-788-4935
 FAX 048-786-5882