

事業者向け手話体験講座申込書

申込日： 年 月 日

<申込者>

事業者名	(フリガナ)		
住 所	〒 - 品川区		
代 表 者	職	氏名	(フリガナ)
連 絡 先	担当者名	電話	(フリガナ)
	メールアドレス		

<講座について>

希望日時	第1希望	年 月 日 () 時 ~
	第2希望	年 月 日 () 時 ~
	第3希望	年 月 日 () 時 ~
会 場	名 称	
	住 所	〒 - 品川区
	機器の貸し出し	可 (プロジェクタ・PC・OHP・その他 ())・否
受講者	対象 (職種・職位等) :	人数 :

<その他> 学びたい手話等ご希望がございましたらご記入ください。

例) お待たせしました、またお越しく下さい等

申し込み先	品川区立心身障害者福祉会館 品川区障害者地域活動支援センター	e-mail : sina-haken@s-kaikan.net F A X : 03-3785-3366
-------	-----------------------------------	--