令和元年度 聴覚ボランティア研修会　参加申込書

参加別 （〇をつけてください）	・ 手話ボランティア ・ 要約筆記ボランティア ・ 聴覚言語障がい者専門指導員 ・ その他（　　）
所属サークル名	
参加代表者氏名	１．
参加代表者連絡先 （住所・電話番号等）	

参　加　者　氏　名

2.	3.	4.
5.	6.	7.
8.	9.	10.
11.	12.	13.
14.	15.	16.
17.	18.	19.
20.	21.	22.

※当センターの駐車場には限りがありますので、なるべく公共の交通機関等をご利用ください。なお、愛媛県総合保健福祉センターの駐車場をお借りしておりますので、９：３０～１３：００の間に限り駐車できます。

車でお越しになる予定がある場合は、台数をご記入ください。(　　台)

申込み締め切り　７／１８(木)