

別紙

令和元年度 手話通訳者フォローアップ研修会参加申込書

愛媛県視聴覚福祉センター 所長 様

手話通訳者フォローアップ研修会に参加したいので、申し込みます。

フリ 氏 名	住 所	電話・FAX

※ 今回知り得た個人情報は、申し込みのあった研修会以外に使用することがないよう管理を行います。

(締め切り 1月 29日)