



**F A X 0 9 4 2 - 5 3 - 1 5 8 9**

**筑後市福祉課障害者支援担当 行き**

**令和 6 年度聴覚障害者生活訓練（情報）教室 参加申込書**

送 信 日	令和            年            月            日
ふりがな	
氏 名	
住 所	
生 年 月 日	大・昭・平            年            月            日生（            歳）
連 絡 先	電話番号：  F A X 番号：
備考欄（ご質問等があればこちらにご記入ください。）	