



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 8 年度聴覚障害者生活訓練教室および

スポーツ・レクリエーション教室 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	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。）