

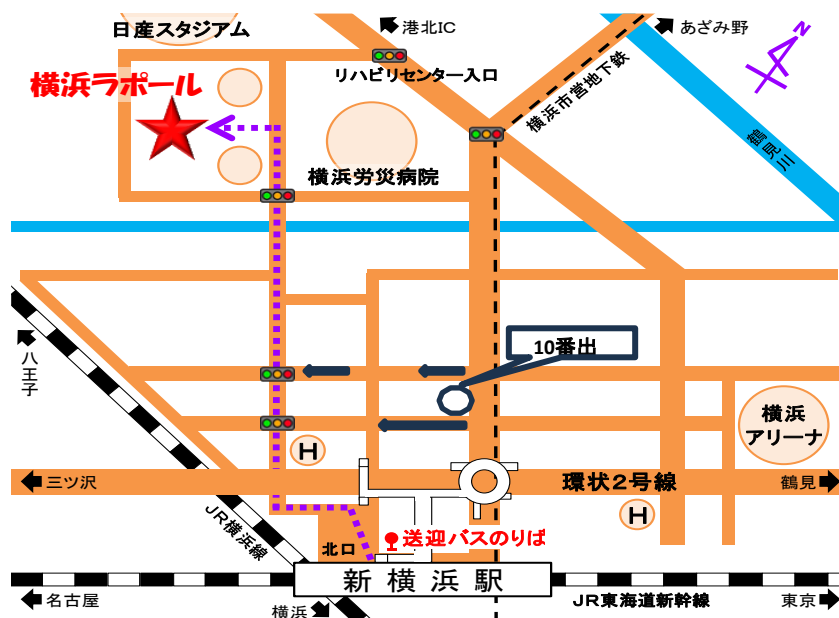
送信先:横浜市障害者社会参加推進センター 行き
 FAX番号:045-475-2064

講座「聞こえと補聴器」申込書

NO

住所	〒	
ふりがな		(年齢)
氏名		歳
電話番号		
FAX番号		
付添者 有無	有(名) ・ 無	
参加希望日 (○を付ける) ※複数参加可能 各回内容が 変わります	第1回	11月 6日(水) 13:30~16:00
	第2回	11月22日(金) 10:30~13:00
	第3回	11月26日(火) 13:30~16:00
応募動機		
手話通訳の希望	※パソコン通訳は各回付きます(口述の要約がスクリーンに文字表示されます) 希望する ・ 希望しない	
質問したいこと その他		

<会場>



- JR横浜線「新横浜駅」(北口)
横浜市営地下鉄および
相鉄・東急新横浜線「新横浜
駅」(10番出口)から徒歩約
10分
- 駅から無料送迎バスあり。