

# 第27回中国地区合同手話研修会 参加申込書

受取担当者： \_\_\_\_\_

氏名（フリガナ）	住 所		
（ _____ ）	〒 _____		
FAX：	<input type="checkbox"/> 聴者	全通研	会員・非会員
TEL：	<input type="checkbox"/> ろう者	県ろうあ連盟	会員・非会員
	手話活動年数 年	県手連加盟手話サークル	会員・非会員
		所属手話サークル名	

参加される内容に ○をしてください	9月28日(土)			9月29日(日)	
	記念講演	分科会	交流会	分科会	全体会

参 加 費			金 額
☑を記入して ください。	<input type="checkbox"/> 県手連加盟サークル・全通研・県ろうあ連盟		2,000円
	<input type="checkbox"/> 非会員		3,000円
	<input type="checkbox"/> 中学生・高校生		1,000円
	<input type="checkbox"/> 小学生以下		無 料
	<input type="checkbox"/> 交流会（28日 土曜日）		5,000円
	<input type="checkbox"/> 託児（年齢 才）		200円
合 計			円

分科会（希望欄に○を記入）	第1希望	第2希望
第1分科会 入門講座		
第2分科会 手話サークル		
第3分科会 健康		
第4分科会 医療		
第5分科会 福祉		

※ご記入いただきました氏名、住所等の個人情報他目的には転用いたしません。

第27回中国地区合同手話研修会領収書

2019年 月 日

様

円

受取担当者： \_\_\_\_\_

（但し 研修会参加費として）