

第29回中国地区合同手話研修会 参加申込書(個人用)

ふりがな 氏 名	住所 〒		
電話:	県手連加盟手話サークル	会 員・非会員	
FAX:	サークル名()		
<input type="checkbox"/> 聞こえる人	*各項目とも どちらかを 選択してください	全 通 研	会 員・非会員
<input type="checkbox"/> 聞こえない人・聞こえにくい人		県ろうあ連盟	会 員・非会員
視 聴 方 法 (どちらかを選択ください)		<input type="checkbox"/> 集団視聴を希望	<input type="checkbox"/> 個人視聴を希望
<集団視聴希望の方> *各県の参加会場を記入ください <個人視聴希望の方> *インターネットアドレスを右欄に 記入ください	<参加会場> _____ 県	<インターネットアドレスを記入ください> *間違いがないように明確に記載ください	
参 加 費		○を記入してください	
県手連加盟サークル・全通研・県ろうあ連盟会員		1,500円	
非会員(上記団体に加盟していない人)		2,000円	
支払方法		<input type="checkbox"/> 団体に申込み	
*参加費は申込先の団体へ渡してください			

※参加申込みは各所属団体へ提出してください。(9月30日必着)

1