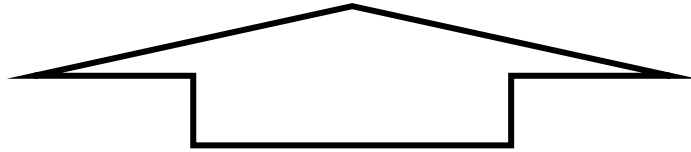


FAX 077-565-6101



聴覚障害者のためのメンタルヘルス《滋賀開催》

参加申込書

※申込欄にご記入の上 FAXにてお申込みください

申込日 年 月 日

お名前		<input type="checkbox"/> 聴覚障害者
		<input type="checkbox"/> 健聴者
連絡先	メールアドレス	
	FAX	
	TEL	
【備考】 ※必要な配慮等あればご記入ください		

受講受付欄

受付No.

※当日この参加申込書をご持参ください