



聴覚障害者のためのメンタルヘルス <沖縄開催>
FAX(098)882-5911

参加申込書

※申込欄にご記入の上 FAXにてお申し込みください。

申込日 年 月 日

氏 名			<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			