

手話通訳者等健康障害予防対策事業
健康管理講習会申込書

上記事業の講習会に参加いたします。

氏名 _____

区分 ・行政・社協 _____

・手話通訳者・要約筆記者・盲ろう通訳介助者

・聴覚障害者・その他_____

電話 _____

FAX _____

何か質問事項等ありましたら、下記にご記入ください。

送り先 公益社団法人静岡県聴覚障害者協会
静岡県聴覚障害者情報センター
FAX : 054-221-1258 担当 : 阿部薫

申込締切 1月31日(火)