

FAX番号:026-295-3610

社会福祉法人長野県聴覚障害者協会 御中

平成30年 月 日

第24回長野県聴覚障害者大会参加申込書

氏名		性別	男・女	特記事項
FAX / TEL				
所属団体名	協会	サークル		
交通手段(該当する方に○をつけてください)				
マイカー(運転します・相乗りします)・電車・貸切バス・その他( )				
参加費	会員 手話サークル会員 登録手話通訳者 登録要約筆記者 福祉関係者 1,000円 上記以外(一般) 1,500円			
託児申込		する(1人500円× 人)・しない		
小・中・高校生・子どもの弁当の申込		する(1人500円× 個)・しない		
合計			円	

<保育希望の方へ>

該当する欄に○印、必要事項を記入してください 特記すべき内容がありましたら、記入してください。

お子様の氏名	年齢	性別	ろう・健聴	特記事項
ふりがな 愛称 ( )	才	男 女		
ふりがな 愛称 ( )	才	男 女		
ふりがな 愛称 ( )	才	男 女		
お願いしたい事項・留意点				

※ この申込書にご記入いただいた個人情報は、第24回長野県聴覚障害者大会の運営、又は案内以外には使用いたしません。