

# 2021(令和3)年度聴覚障害者関係施設等中堅職員研修 受講申込書(職場集約用)

※申込書(個人)と一緒に全国手話研修センターまで送付してください。  
※1枚に収まらない場合は、コピーしてご使用ください。

	受講者名	所属(事業所名、部署名等)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

年 月 日

施設名

代表者名

印

連絡先

住所 〒 -

TEL:

FAX:

取りまとめご担当者様

取りまとめご担当者様  
メールアドレス(必須)

↑ 受講決定通知をメールで送付いたします。  
※jinzai2@com-sagano.comからのメールが受け取れるよう、設定をお願いします。