

2020年10月11日 埼玉県社会参加推進事業

# 参加申込書

以下の欄に記入、また○を付けてFAXしてください

氏 名	
F A X 番 号	
メールアドレス	
地 域	
人 区 分	ろう ・ 難聴 ・ 聞こえる人
情 報 保 障	手話言語 ・ 要約筆記 ・ ヒアリンググループ

埼玉県聴覚障害者協会  
FAX 048-825-0774