

令和7年度 少年少女手話教室 申込票

ふりがな			
受講者氏名 (児童・生徒氏名)			
生年月日	平成 年 月 日	年齢	性別
		歳	☐ 男 ☐ 女
住所	(〒 —)		
ふりがな			
保護者氏名			
連絡先	自宅： — —		
	保護者携帯： — —		

※頂いた個人情報については、本事業の運営目的以外は一切の利用はいたしません。

※申込多数の場合は、抽選となります。

【送付先・お問合せ】

大分市障害福祉課 医療・手当給付担当班 曾根崎

〒870-8504 大分市荷揚町2番31号

TEL：097-537-5786 FAX：097-537-1411

メール：syogaifuku@city.oita.oita.jp

【申込期限】

令和7年6月13日（金）必着

少年少女手話教室について

場所	コンパルホール3階 312会議室
日程	7月5日（土）～ 9月6日（土） 毎週土曜日
時間	10：00～12：00
定員	10名