

令和8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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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の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 三股

〒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8年6月12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 ※7月4日は311会議室、9月12日は307会議室となります。
日程	7月4日(土)～ 9月12日(土) 毎週土曜日 ※8月15日(土)は除く
時間	10:00～12:00
定員	10名