

## 「県民向け手話出前講座」申込書

申込日：令和 8 年 月 日

申込者	団体名			
	代表者名	役職氏名		
	担当者名			
	ご連絡先	TEL:	FAX:	E-mail:
開催希望日時	第1希望	令和 年 月 日 時 分	～	時 分
	第2希望	令和 年 月 日 時 分	～	時 分
	第3希望	令和 年 月 日 時 分	～	時 分
開催予定場所	施設名		部屋名等	
	設備等	※対応しているものに☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> ホワイトボード <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> 名札 <input type="checkbox"/> 延長コード <input type="checkbox"/> 机 <input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> カーテン <input type="checkbox"/> 駐車場		
決定通知書送付先	〒 - ※申込者と違う場合はご記入ください			
参加予定人数	人(受講者の年齢層: )			

【お申込み・お問合せ】

〒890-0021

鹿児島市小野1丁目1番1号ハートピアかごしま3階  
一般社団法人鹿児島県聴覚障害者協会

電話：099-228-2016 FAX：099-228-6357

電話リレーサービス：050-3650-2588 ※

E-mail: main@kagoshima-deaf.jp

※電話リレーサービスとは、きこえない人や話すことに困難がある人ときこえる人を  
通訳オペレーターが手話・文字と音声を通訳することにより、24時間365日、電話  
で双方向をつなぐサービスです。