

送信先:横浜市障害者社会参加推進センター 行き  
FAX番号;045-475-2064

## 講座「聞こえと補聴器」申込書

NO

住所	〒	
ふりがな		(年齢)
氏名		歳
付添者		
電話番号		
FAX番号		
参加希望日 (○を付ける) ※複数参加可能 各回内容が 変わります	第1回	10月30日(土) 「桜木町」会場
	第2回	11月14日(日) 「桜木町」会場
	第3回	11月24日(水) 「上大岡」会場
応募動機		
手話の希望	※パソコン通訳は各回付きます(口述の要約がスクリーンに文字表示されます)	
	希望する	希望しない
質問したいこと その他		

### <桜木町会場>



横浜市健康福祉総合センター  
横浜市中区桜木町1-1  
TEL 045-201-2060

### <上大岡会場>



ウィリング横浜  
横浜市港南区上大岡西1-6-1  
ゆめおおかオフィスタワー内  
TEL 045-847-6666