

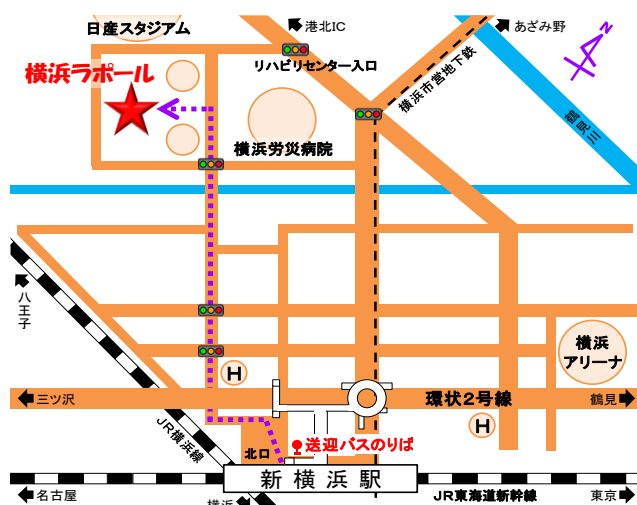
送信先:横浜市障害者社会参加推進センター 行き
FAX番号;045-475-2064

講座「聞こえと補聴器」申込書

NO

住所	〒	
ふりがな		(年齢)
氏名		歳
電話番号		
FAX番号		
付添者 有無	有(名) ・ 無	
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	11月2日(水) 「新横浜」会場
	第2回	11月19日(土) 「桜木町」会場
	第3回	11月29日(火) 「新横浜」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		

<新横浜会場>



JR・市営地下鉄 新横浜駅から徒歩10分。
駅から無料送迎バスあり。(12:30,13:00)

<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