

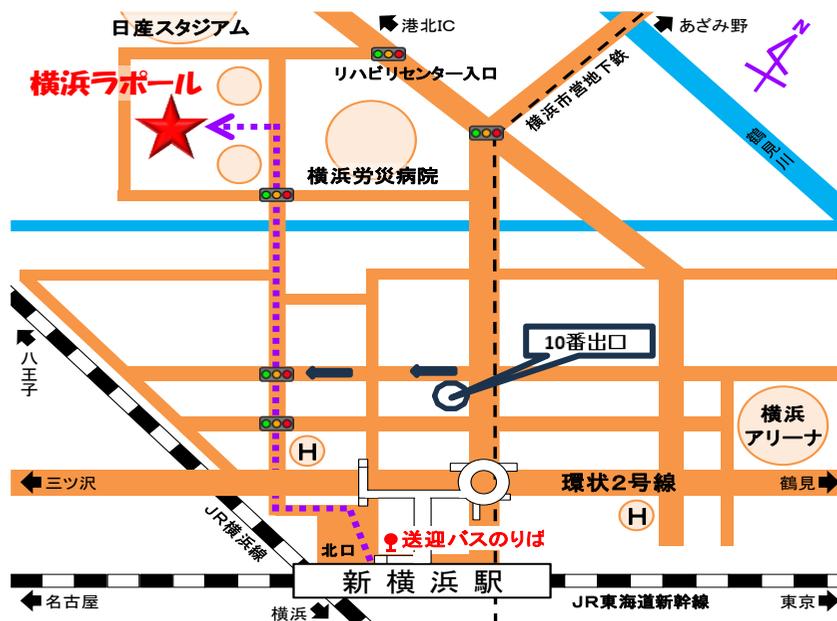
送信先:横浜市障害者社会参加推進センター 行き  
 FAX番号;045-475-2064

## 講座「聞こえと補聴器」申込書

NO

住所	〒		
ふりがな			年齢
氏名			
電話番号	(自宅)	(携帯)	
FAX番号	(FAX)		
E-Mail	(Mail)		
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 5日(水)	13:30~16:00
	第2回	11月17日(月)	13:30~16:00
	第3回	11月25日(火)	10:30~13:00
応募動機			
手話通訳の希望	※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			

### <会場>



- JR横浜線「新横浜駅」(北口)  
横浜市営地下鉄および  
相鉄・東急新横浜線「新横浜  
駅」(10番出口)から徒歩約  
10分
- 駅から無料送迎バスあり。