**令和７年度企業向け手話教室　申込用紙**

必要事項を記入し、お申し込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| 企業・団体名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mail |  |
| ふりがなご担当者名 |  |
|  |
| 開催希望日及び各回人数 | □第１回（　　　年　　月　）　人数（　　　　　　人）□第２回（　　　年　　月　）　人数（　　　　　　人）□第３回（　　　年　　月　）　人数（　　　　　　人） |
| 聴覚障害者の在籍の有無 | 聴覚障害者が　□在籍している　（　　　　　　人）　　　　　　　□在籍していない |
| 応募動機 |  |
| 備考欄県への連絡や、配慮が必要な事項等 |  |

＜申込先＞

秋田県健康福祉部 障害福祉課 地域生活支援チーム

電話番号：０１８－８６０－１３３２

E-mail：Shoufuku@pref.akita.lg.jp