**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