

学校訪問申込書

ふりがな お名前	
連絡先	FAX TEL E メールアドレス
所 属 (いずれかに ○をつけてく ださい)	・聴覚障害者協会 ・手話関係者 ・保護者 ・その他()
訪問先 (いずれかに ○をつけてく ださい)	()①10時～12時 福岡聴覚特別支援学校 ()②14時～16時 福岡高等聴覚特別支援学校 ()③10時～16時 福岡聴覚特別支援学校・福岡高等聴覚特別支援学校
福岡聴覚特別支援学校・福岡高等聴覚特別支援学校に対する質問がありましたらお書き下さい。	

申込締切:2024年1月12日(金)必着

申込先:福岡県聴覚障害教育を考える会

FAX 092-582-2419