

## 学生ボランティア講座申込書

月      日

講座名	手話	要約	字幕
	いずれかに○をしてください		
学校名			
学部			
学 年			
氏 名			
住 所			
電話番号			
アドレス			

※個人情報は、この講座でのみで使用し取り扱いには注意いたします。

**＊ ＊ 受講料は、無料です。 ＊ ＊**

佐賀県聴覚障害者サポートセンター

電話番号                      0952-40-7700

FAX                              0952-40-7705

アドレス                      [info@saga-mimisapo.jp](mailto:info@saga-mimisapo.jp)

住 所                              佐賀市白山2-1-12

佐賀商エビル4F