

# 手話サークル登録申込書

年 月 日

香川県聴覚障害者福祉センター施設長殿

サークル名

代表者  
役職・氏名

印

下記のとおり登録いたします。

サークル名	
代表者氏名	
住 所	〒 ー
電話番号	( ) ー
FAX番号	( ) ー
連絡先氏名	
住 所	〒 ー
電話番号	( ) ー
FAX番号	( ) ー
例会会場	
例会日時	
HPアドレス	