

* 送信票は不要です。このまま FAX してください。

難聴乳幼児担当者協議会 参加申し込み書

(FAX返信用)

発信年月日

令和 5 年 月 日 ()

宛 先

栃木県立聾学校 乳幼児教育相談室

担当：吉新 裕子 宛

FAX 0 2 8 - 6 2 4 - 6 8 8 7

TEL 0 2 8 - 6 2 2 - 3 9 1 0

発信者

所 属

氏 名

TEL・FAX

令和 5 年度 難聴乳幼児担当者協議会に参加いたします。

職 名	氏 名	個別相談希望	分科会
		有 ・ 無	A ・ B
		有 ・ 無	A ・ B
		有 ・ 無	A ・ B
		有 ・ 無	A ・ B

↑ 御希望の方に○をつけてください

* 個別相談を御希望の方は、内容を簡単に御記入ください。

* 午後の分科会で取り上げてほしいこと、質問・難聴についてお聞きになりたいことなどがありましたら、御記入ください。

※申込書の様式は【聾学校 HP→進路・相談&支援→乳幼児教育相談室】に掲載してあります。メールでの送信時に御利用ください。