

【申込み締切：令和8年2月27日（金）】

令和7年度手話言語ワークショップ[°]

「もしものときのために～聞こえない・聞こえにくい方と一緒に学ぶ避難訓練～」参加申込書

参加される方の所属名（又は住所）・氏名・連絡先を御記入ください。

所 属 名 (又は住所)			
ふりがな			
氏 名			
連 絡 先 （TEL・FAX）	—	—	—
※どちらかに○を付けてください。			
その他の 特記事項 (例) 車椅子を使用している			

※ 手話通訳又は要約筆記が必要な方は次のいずれかに○を付けてください。

手話通訳 要約筆記 が必要です。

※注意点

- 事前にお申込みがないと御参加できません。
- 定員は50人程度（先着順）です。オンラインでの配信は行いません。
- 当日、発熱・体調不良などがある場合は、参加をお控えください。

【申込先】

〒070-8525 旭川市7条通9丁目

旭川市 福祉保険部 障害福祉課 障害事業係 （担当：森本）

TEL：0166-25-6476 FAX：0166-29-6404

Eメール：syougaifukusi@city.asahikawa.lg.jp