

FAX

0229-32-2942

美里町健康福祉課

障害福祉係担当 宛て

5/16 はじめて手話をやってみよう！！

申込月日	令和 6 年 月 日
ふりがな 氏 名	
住 所	〒 —
連 絡 先	— —
必要な配慮がありましたらご記入ください	

※申込〆切 4月19日（金）まで