

**メール・FAX 用** 広島県電話リレーサービス利用学習会申込書

令和 年 月 日

広島県聴覚障害者センター長 様

(申込先) FAX 082-254-0087

メール tel-relay@hiro-chokaku.jp

電話リレーサービスの学習会を依頼します。

ふりがな 団体名	
開催市町	
代表者名	
連絡先 (FAX またはメール)	
希望日時 (第3希望まで)	第1希望 月 日 曜日 時 分～ 時 分 第2希望 月 日 曜日 時 分～ 時 分 第3希望 月 日 曜日 時 分～ 時 分
手話・要約筆記の 希望	
希望内容	

ここに記載された個人情報は、この目的以外に利用したり外部に提供したりすることはありません。

※センター記入欄

受付年月日	結果	担当者
-------	----	-----