

令和4年度 要約筆記体験教室 参加申込書

申込日 令和 年 月 日

1. 応募要件 (該当する項目にレ点をつけてください)

- 前橋市在住 前橋市に在勤している 前橋市に在学している

※上記のいづれかに該当し、かつ**中学生以上の方が対象**です。

2. 参加希望者 (同一住所の方であれば、3名まで同時申請可能です。)

フリガナ		年齢
氏名		(歳)
フリガナ		年齢
氏名		(歳)
フリガナ		年齢
氏名		(歳)
住所		
電話番号	※日中繋がりのやすい番号を記入してください。	

○太枠内をすべて記入いただき、下記まで郵送またはFAXで申請してください。

郵送で申請する場合

〒371-0014
前橋市朝日町三丁目36-17
前橋市保健所内 障害福祉課

FAXで申請する場合

FAX番号
027-223-8856

☎ お問合せ先：障害福祉課：027-220-5711

※障害福祉課記入欄

受付印

受付番号：