

別紙3

補講料振込連絡票

年 月 日

下記にご記入の上、返信してください。（メール又は郵送）

補講料の着金を確認してから視聴パスワードを郵送します。届くまでに日数がかかりますので、余裕をもってお送りください。

尚、ホームページの返信画面からも入力して返信ができます。

（「Webによる振込日返信手順」を参照）

ご氏名

様

ご住所※

〒

電話番号※

FAX番号※

メールアドレス※

※補講申請時の記載内容に変更があった場合、変更事項のみ記載してください。

受講講座名

市手話奉仕員養成講座

タイトル

視聴予定日（予定が決まっていればご記入ください）

①

年

月

日

振込日記入欄

補講料を振り込まれた年月日をご記入ください。

年

月

日

問合せ・送付先

〒260-0022

千葉市中央区神明町 204-12

千葉聴覚障害者センター 養成係

TEL：043-308-6373 FAX：043-308-6400

mail：yousei@chibadeaf.or.jp