

函館市障がい者コミュニケーション条例・手話言語条例制定  
記念キックオフセミナー 参加申込書

参加者数の把握をするため、事前申込へのご協力をお願いしております。

1. 氏 名

---

2. 連絡先

---

※連絡先は電話番号またはメールアドレスをご記入ください。

3. 参加人数

---

※申込者含む人数をご記入ください。

ご提出いただきました個人情報等につきましては、  
「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」に基づき、  
以下の目的の範囲内でのみ使用いたします。

1. 講座の参加登録・管理のため
2. 講座に関する情報（開催案内や変更情報など）の提供のため
3. 講座後の報告書等の作成のため
4. その他、講座実施および運営に必要な範囲での利用のため

※注意事項

- ・代表者によるお申込みの場合は、代表者名の方の情報をご記入ください。
- ・お申込み後、キャンセルや人数変更があった場合は、  
お手数ではございますが、下記連絡先までご連絡くださいますようお願いいたします。

◇ お問合せ先（平日 8 時 45 分～17 時 30 分）

函館市保健福祉部障がい保健福祉課

函館市東雲町 4 番 13 号

電話：0138-21-3263

メール：shougai-jourei@city.hakodate.hokkaido.jp