　Fax　０８５２－２８－４３２１　島根県視覚障害者福祉協会事務局　宛て

補装具・日常生活用具に関する研修会（島根会場）

受講申し込み用紙

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  氏　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 個人、事業所・団体　の別 | ・個人  ・事業所等（名称 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先（日中連絡できる電話番号） |  |
| 資料の墨字・点字の別 | 配布資料類は　　　・墨字希望　　　・点字希望 |
| 歩行ガイドヘルパーの要否 | ガイドヘルパーが　　・必要　　・不要 |

　※　該当の項目に○印を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  氏　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 個人、事業所・団体　の別 | ・個人  ・事業所等（名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先（日中連絡できる電話番号） |  |
| 資料の墨字・点字の別 | 配布資料類は　　　・墨字希望　　　・点字希望 |
| 歩行ガイドヘルパーの要否 | ガイドヘルパーが　　・必要　　・不要 |

※　該当の項目に○印を付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  氏　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 個人、事業所・団体　の別 | ・個人  ・事業所等（名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先（日中連絡できる電話番号） |  |
| 資料の墨字・点字の別 | 配布資料類は　　　・墨字希望　　　・点字希望 |
| 歩行ガイドヘルパーの要否 | ガイドヘルパーが　　・必要　　・不要 |

※　該当の項目に○印を付けてください。

※　用紙が不足した場合には、用紙をコピーしてお申込みください。