

様式第 1 号（第 7 条、第 8 条関係）

愛媛県視聴覚福祉センター利用者登録申請書			
年 月 日			
愛媛県社会福祉事業団理事長 様			
申請者 住所（団体にあつては、所在地）			
〒			
氏名（ふりがな）（団体にあつては、名称及び代表者の氏名）			
電話番号			
メールアドレス又はファックス番号			
個 人			
生 年 月 日	年 月 日生		
性 別	☐ 男 ☐ 女〔該当する□に印を付けてください。〕		
身体障害者 手帳等	☐ 有 都道府縣市 第 号（ 年 月 日交付）		
	☐ 無		
障がいの種別	☐ 視覚障がい ☐ 聴覚障がい ☐ その他の障がい 〔該当する□に印を付けてください。〕		
団 体			
担 当 者 氏 名			
注 意 身体障害者手帳等その他愛媛県視聴覚福祉センター規程第 3 条第 1 項に該当すること を証する書面を提示してください。			

・ 代理人が記入する場合は、下記に代理人氏名と連絡先を記入

(ふりがな) 氏 名			
申込者との 関係（所属）		電話 番号	