

(別紙様式)

点字体験教室参加申込書

平成 年 月 日

愛媛県視聴覚福祉センター所長 様

貴施設における点字体験教室を下記のとおり申し込みます。

〒
住 所

フリ ガナ
氏 名

電話番号 ー ー

生年月日 大・昭・平 年 月 日

参加希望日を○で囲んでください(複数可)

4/26 7/26 9/27 10/25 1/31 3/14

※今回知り得た個人情報、申し込みのあった事業以外に使用することがないよう管理を行います。