



## 「夏休み親子点字・手話体験教室」

小学生の皆さん、夏休みに視聴覚福祉センターで、点字や手話を体験してみませんか。

1. 日時 平成 30 年 7 月 25 日 (水) 13 時 30 分～16 時 30 分  
(受付 13 時～)
2. 場所 愛媛県視聴覚福祉センター 4 階多目的ホール  
(松山市本町六丁目 11 番 5 号)  
※駐車場には限りがありますので、でき得る限り公共交通機関等でお越しください。  
伊予鉄道市内電車 (環状線・本町線) 本町六丁目下車 徒歩 2～5 分  
伊予鉄バス (北条線) 本町六丁目下車 徒歩 2～5 分
3. 参加費 無料
4. 対象者 小学 4 年生～6 年生とその保護者
5. 内容
  - ・施設見学
  - ・聴覚障がいについてのお話と手話体験
  - ・視覚障がいについてのお話と点字体験※筆記用具とアイマスクの下に入れるハンカチを持参してください。
6. 定員 20 組(40 名) 先着順
7. 申込受付期間及び申込方法  
受付開始：7 月 2 日(月)～  
※定員になり次第締め切ります。  
申込用紙に必要事項を記入の上、下記宛先へ郵便、F A X、持参又はメール等でお申し込みください。
8. 申込・問い合わせ先  
愛媛県視聴覚福祉センター (担当：片岡、篠森)  
〒790-0811 松山市本町六丁目 11 番 5 号  
電 話 (089) 923-9093 F A X (089) 923-9224  
メールアドレス webmaster@sityoukaku.pref.ehime.jp

## 夏休み親子手話・点字体験教室 参加申込書

年 月 日

愛媛県視聴覚福祉センター所長 様

下記のとおり、夏休み親子点字・手話体験教室の参加申し込みをします。

### 1. 氏 名 (氏名には必ずふりがなをお書きください。)

保護者

ふりがな	
氏 名	

お子様

ふりがな	
氏 名	
学校名 学 年	

### 2. 連絡先

郵便番号〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話及びFAX番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

受付開始は7月2日(月)からとします。郵送、FAX、持参又はメール等でお申込みください。先着順に受付し、定員になり次第締め切ります。

今回御記入いただいた個人情報は、今回の教室にのみ使用し適切に取扱います。

送付先 FAX番号 (089) 923-9224

メールアドレス webmaster@sityoukaku.pref.ehime.jp