

(別紙様式)

2019年度用

点字図書館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

点字図書館体験教室に下記のとおり申し込みします。

〒
住 所

フリ ガナ
氏 名

電話番号 — —

参加希望日を○で囲んでください(複数可)

<点訳> 4/25 6/27 8/29 10/24 12/12 2/6

<音訳> 5/9 7/11 9/12 11/14 1/23 2/13

⑨ すべて、木曜日です。

※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。