

# 登録用

## 愛媛県視聴覚福祉センター情報配信 登録申込書

愛媛県視聴覚福祉センター宛

下記のとおり、視聴覚福祉センター情報配信の登録申し込みをします。

記入日： 年 月 日

フリガナ	
お名前もしくは 団体名	
配 信 方 法	1 メール 2 FAX (1か2に○印を記入) 配信希望のアドレス, FAX番号のいずれかをご記入ください。
メールアドレス	@
FAX番号	FAX ( ) -
ご住所・連絡先	〒  電話 ( ) -

よろしければ、以下のアンケートにご協力ください。

年齢	<input type="checkbox"/> 20歳未満 <input type="checkbox"/> 20～30歳代 <input type="checkbox"/> 40～50歳代 <input type="checkbox"/> 60～70歳代 <input type="checkbox"/> 80歳以上
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
該当するところに印を記入 ください。	<input type="checkbox"/> 視覚障がい者 <input type="checkbox"/> 聴覚障がい者 <input type="checkbox"/> サポーター等ボランティア <input type="checkbox"/> その他

ご協力ありがとうございました。

※ご記入いただいたFAX番号もしくはメールアドレス宛に登録手続き完了のお知らせを送信いたします。申込後10日以上経過しても受信がない場合は、下記宛先までお問い合わせください。

送信先 FAX : 089-923-9224

Email : webmaster@sityoukaku.pref.ehime.jp

愛媛県視聴覚福祉センターTEL : 089-923-9093