**愛媛県視聴覚福祉センター情報配信　登録申込書**

**登録用**

**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** | **□20歳未満　□20～30歳代　□40～50歳代****□60～70歳代　　□80歳以上** |
| **性別** | **□男性　　□女性** |
| **該当するところに印を記入ください。** | **□視覚障がい者　　　　　□聴覚障がい者****□サポーター等ボランティア　　　□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