夏休み親子点字・手話体験教室　参加申込書

　　　　　　　　　　　　令和２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（※参加しない場合は、記入不要です。）

|  |  |
| --- | --- |
| 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

　申込み締め切りは、７月29日（水）までとします。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。

今回ご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。

＜申込み先＞

〒790-0811　松山市本町六丁目11番5号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　愛媛県視聴覚福祉センター　担当：神野

TEL　089-923-9093　 FAX　089-923-9224

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail　webmaster@sityoukaku.pref.ehime.jp