視聴覚障がい者支援ボランティア体験講座受講申込書

令和　　年　　月　　日

愛媛県視聴覚福祉センター所長　様

　視聴覚障がい者支援ボランティア体験講座を下記のとおり申し込みます。

年　齢

性　別　　男　・　女

住　所　〒

連絡先　　電　話

　　　　　ＦＡＸ

* 今回知り得た個人情報は、申込みのあった講習会以外に使用することのないよう管理を行います。