

愛媛県視聴覚福祉センター聴能訓練受講申請書

年 月 日

愛媛県社会福祉事業団理事長 様

申請者（保護者）  
住所  
〒

氏名（ふりがな）

印

電話番号

ファックス番号

次のとおり、聴能訓練を受講したいので申請します。  
なお、訓練には保護者が付き添い、安全に責任を持ちます。

氏名（ふりがな）	
生 年 月 日	年 月 日 （ 歳）
既往症及び聴覚障がい以外の障がい名	
添付書類 愛媛県身体障がい者福祉センター嘱託医師の意見書（3月以内に診断を受けて作成されたものに限る。）	