

令和4年度視覚障がい者情報機器操作講習会

令和 4年 月 日

愛媛県視聴覚福祉センター所長 様

下記のとおり、視覚障がい者情報機器操作講習会を受講したいので申し込みます。

1. 受講希望者(代表者)

氏名(ふりがな)

住所

〒

連絡先

(電話番号)           —           —

(メールアドレス)

2. 受講人数

人 (うち視覚障がい者           人)

3. 希望日時

第1希望   令和   年   月   日(   ) (   時   分～   時   分)

第2希望   令和   年   月   日(   ) (   時   分～   時   分)

第3希望   令和   年   月   日(   ) (   時   分～   時   分)

4. 希望場所

会場名

所在地