【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５年　　　月　　　日

愛媛県視聴覚福祉センター所長　様

　下記のとおり視聴覚障がい者支援ボランティア体験講座に申し込みます。

　　住所　　〒

　　連絡先　　電話：

　　　　　　　メール：

※今回知り得た個人情報は、本講習以外で使用することはありません。

申し込み締切：３月３日（金）