別　紙

令和５年度　子どもの聞こえセミナー　参加申込書

　愛媛県視聴覚福祉センター所長　　様

　　　子どもの聞こえセミナーに参加したいので申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 連絡先 | TEL  　FAX |
| 職　種  氏　名 |  |
| 参加の  区分  ※チェックを入れてください。 | □集合形式（※センターで1日受講）で参加 |
| □Zoom配信（※午後講演のみ視聴）で参加  　　⇒Zoomにて参加の方は、メールアドレスをお知らせください。  メール使用者名  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  メールアドレス  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ○質問等がありましたら、ご記入ください。 | |

※今回知り得た、個人情報は、申し込みのあった事業又は、当センター主催事業のご案内以外に使用することのないよう管理を行います。

※当事業の様子を撮影させていいただきます。撮影した、画像・動画は、センターホームページ等で使用させていただきますので、差支えのある方はお申し出ください。なお、参加される方、個人の無断撮影は、お断りいたします。