

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	<input type="checkbox"/> 集合形式（※センターで1日受講）で参加
※チェックを 入れてくださ い。	<input type="checkbox"/> 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、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。