

(別紙様式)

令和5年度用

点字図書館体験教室参加申込書

年 月 日

愛媛県視聴覚福祉センター所長 様

点字図書館体験教室に下記のとおり申し込みします。

〒
住 所

フリガナ
氏 名

電話番号 — —

参加希望日を各項目の右枠内にご記入ください。

<点訳>			
<音訳>			

※今回知り得た個人情報、当センターが実施する事業及び事業案内以外に使用することがないよう管理を行います。

※当教室の様子を撮影することがあります。撮影した画像は、ホームページ等で使用することがありますので、差し支えがある場合はお申し出ください。