

令和5年度視覚障がい者情報機器操作講習会

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