## 令和5年度 耳と聞こえのセミナー参加申込書

愛媛県視聴覚福祉センター所長 様

耳と聞こえのセミナーに参加したいので、申し込みます。

加	日	令和	年	月	日						
りが	な										
	名										
	所	〒									
絡	先	TEL:									
		FAX:									
青報手	段										
	り が 絡	り が な 名 所	りがな   名   所   A   大   TEL:   FAX:	りがな   名   所 〒   絡 先 TEL:   FAX: FAX:	りがな   名   所 〒   絡 先 TEL:   FAX:	り が な 名 A F TEL: FAX:	りがな   名   所   本   A   大   TEL:   FAX:	りがな   名   所 〒   絡 先 TEL:   FAX:	りがな   名   所   本   TEL:   FAX:	りがな   名   所   本   AE   大   TEL:   FAX:	りがな   名   所   本   TEL:   FAX:

※聴覚障がい者の方は、必要なコミュニケーション手段(要約筆記・手話など)を 記入して下さい。

参	加	日	令和	年	月	日				
Š	りが	な								
氏		名								
住		所	Ŧ							
連	絡	先	TEL:							
			FAX:							
*情報手段										

※聴覚障がい者の方は、必要なコミュニケーション手段(要約筆記・手話など)を 記入して下さい。

※今回知り得た個人情報は、申し込みのあったセミナー以外に使用することがないよう管理を行ないます。

※当事業の様子を写真撮影させていただきます。撮影した写真は、センターホームページ、センターだより、行事の告知等に使用させていただきます。差支えがある方はお申し出ください。なお、当事業での無断での写真撮影等はお断りいたします。