**令和５年度視覚障がい福祉セミナー申込書**

令和5年　　月　　日

愛媛県視聴覚福祉センター所長　様

貴施設における視覚障がい福祉セミナーを下記のとおり申込みいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| メールアドレス※必須 | 　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 自宅住所 | 〒　　　－ |
| 電話番号 | （　　　　） |
| 性別 | 男　　　女 | 年齢 | 　　　歳 |
| 勤務先 | 名称 |  |
| 住所 | 〒　　　－ |
| 電話番号 | （　　　　） |
| 職種 |  |

※今回知り得た個人情報は、申込みのあった研修会以外に使用することのないよう管理を行います。

******