令和６年度視覚障がい者情報機器操作講習会

令和　　　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