別　紙

令和６年度　子どもの聞こえセミナー　参加申込書

　愛媛県視聴覚福祉センター所長　　様

　　　子どもの聞こえセミナーに参加したいので申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 連絡先 | 　TEL　　FAX |
| 職　種氏　名 |  |
| メールアドレス | メール使用者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ○質問等がありましたら、ご記入ください。 |

※今回知り得た、個人情報は、申し込みのあった事業又は、当センター主催事業のご案内以外に使用することのないよう管理を行います。