（別紙様式）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和６年度用

点字図書館体験教室参加申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　愛媛県視聴覚福祉センター所長　　様

　点字図書館体験教室に下記のとおり申し込みします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　－　　　　　　　－

　参加希望日を各項目の右枠内にご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＜点訳＞ |  |  |  |
| ＜音訳＞ |  |  |  |

※今回知り得た個人情報は、当センターが実施する事業及び事業案内以外に

使用することがないよう管理を行います。

※当教室の様子を撮影することがあります。撮影した画像は、ホームページ等で

使用することがありますので、差し支えがある場合はお申し出ください。