令和６年度　夏休み親子点字・手話体験教室　参加申込書

令和６年　　　月　　　　日

愛媛県視聴覚福祉センター　所長　様

下記のとおり、令和６年度夏休み親子点字・手話体験教室に参加を申し込みます。

１．参加者氏名

　　　保護者※参加しない場合は、記入不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |

　　　お子様

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 学校名学　年 |  |

２．連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| ご　住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

いずれかを○で囲んでください。

◆体験終了後、センター内の見学を　（　　　希望する　　・　　希望しない　　　）

※郵送、FAX、メール等でお申し込みください。定員に限りがありますので、先着順に受付し、定員になり次第締め切ります。申し込み締め切りは７月３１日（水）です。