

(別紙)

平成24年度視覚障害者福祉地域講習会申込書

平成 年 月 日

愛媛県視聴覚福祉センター所長 様

貴施設が実施する視覚障害者福祉地域講習会を下記のとおり申込みします。

住所 〒

代表者職・氏名

連絡先

1. 希望コース (下記のいずれかに丸をつけてください)

- ・視覚障害者用補装具・日常生活用具コース
- ・視覚障害者用便利グッズコース
- ・視覚障害者関係要望コース

(具体的内容: )

2. 希望日時

第1希望	平成	年	月	日	曜日	
	(	時	分	～	時	分)
第2希望	平成	年	月	日	曜日	
	(	時	分	～	時	分)
第3希望	平成	年	月	日	曜日	
	(	時	分	～	時	分)

3. 場 所

4. 参加予定者数	視覚障害者	人
	福祉関係者	人
	計	人

5. 担当者 氏 名

連絡先