

様式1

視覚障がい者体験型福祉研修会 申込書

年 月 日

団体・個人名		担当者	
住 所	〒		
連 絡 先	電話番号:	ファクシミリ:	
	メールアドレス:		
実施希望日時	第1希望	年 月 日()	～ 時間 分
	第2希望	年 月 日()	～ 時間 分
	第3希望	年 月 日()	～ 時間 分
希望会場	・() ・鳥取県ライトハウス		
内 容	<input type="checkbox"/> 当事者の話 <input type="checkbox"/> 疑似体験 <input type="checkbox"/> 手引き歩行(歩行介助)体験 <input type="checkbox"/> 点字・音訳 <input type="checkbox"/> 各種便利用具 <input type="checkbox"/> 意見交換 <input type="checkbox"/> その他() ※希望される内容に☑を入れてください。		
対象者及び人数	名		
	年生 名 (クラス) 、 教師 名 学校からお申込みされる場合、学年、人数、クラス数をお知らせください。		
研 修 目 的			
そ の 他			

社会福祉法人鳥取県ライトハウス点字図書館長 様