

平成30年 月 日

### F A X 送 信 票

|                |  |
|----------------|--|
| 送 信 先          | 茨城県立盲学校 視覚障害教育支援センター<br>TEL 029(221)3388<br>FAX 029(225)4328<br>担当 : 梶本, 鈴木(登) |
| 送 信 元<br>(連絡先) | お名前 :<br>所 属 :<br>TEL :<br>FAX :   |

### 平成30年度 県立盲学校 地域巡回教育相談会 参加申込書

|  |                          |
|--|--------------------------|
| 参加される方のお名前<br>.....<br>学校名・学年, 年齢<br>..... 学校 年 年齢 歳<br>参加者が幼児・児童・生徒の場合は一緒に来場される方 [ ]<br>御本人との関係 [ ]             |                          |
| 相談希望会場<br>7月24日(火) 7月26日(木)<br>鹿行会場 土浦会場   | 希望会場に<br>○印を付け<br>てください。 |
| 相談内容 (希望するものに○印を付けてください)<br>( ) ①補助具・教材教具の見学・体験<br>( ) ②個別相談<br>・希望時間 特になし 有り ( 時頃)<br>・相談内容や質問等をお書きください。<br>[ ] |                          |

※ 参加の申込みは、電話でもお受けしています。