

平成29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 TEL 029(221)3388 FAX 029(225)4328 担当 : 菊池, 梶本, 大津
送 信 元 (連絡先)	お名前 : 所 属 : TEL : FAX :

平成29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 学校名・学年, 年齢 学校 年 年齢 歳 参加者が幼児・児童・生徒の場合は一緒に来場される方 [] 御本人との関係 []	
相談希望会場 7月24日(月) 7月26日(水) 土浦会場 筑西会場	希望会場に ○印を付け 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) () ①補助具・教材教具の見学・体験 () ②個別相談 ・希望時間 特になし 有り (時頃) ・相談内容や質問等をお書きください。 []	

※ 参加の申込みは、電話でもお受けしています。