

令和3年 月 日

F A X 送 信 票

送 信 先	茨城県立盲学校 <u>FAX : 029(225)4328</u> 視覚障害教育支援センター 担当：千明、大津 宛 TEL : 029(221)3388
送 信 元 (連絡先)	お名前 ..... 所 属 ..... TEL ( ) ..... FAX ( ) .....

令和3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 [ ]
相談希望時間 11:00~12:00 ( ) 12:00~13:00 ( ) 13:00~14:00 ( ) 14:00~15:00 ( ) *御希望に添えない場合は、事前に連絡し調整させていただきます。 ※希望時間に○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 特になし 有り ・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。
- ※ 予約制となっておりますので、参加希望の方は事前に御連絡ください。
- ※ 新型コロナウイルス感染症予防のため、来所時には検温、手指の消毒、マスク着用の御協力をお願いいたします。
- ※ 今後の感染状況によっては、予定変更になる場合がありますので、ホームページのお知らせで御確認ください。