Ｆ Ａ Ｘ 送 信 票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 送 信 日 | 令和　年　月　　日（　） | | | |
| 送 信 先 | 茨城県立盲学校　義眼相談担当 | | | |
| 用　件 | 義眼相談の申込書について | | | |
| 送 信 元 | (氏名・電話番号・Fax番号をご記入ください) | | | |
| 送信枚数 | Ａ４　１枚 | Ｂ４　　　枚 | Ｂ５　　枚 | この用紙を含め  １枚 |
| 連絡事項 | 義眼相談申込書  支援センター・小・中・高等部・卒業生・その他(　　　　　　　　)  氏名　　　（　　　　　　　　　）  保護者氏名（　　　　　　　　　）※20歳以上の方は無記入でお願いします。  １　相談内容について〇をつけてください（複数回答可）。  ・研磨  ・調整  ・新規作成  ・相談  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　）**〕**  ３　家族の付添の有無について〇をつけてください。  **〔**　　有　　・　　無　　**〕**  ４　連絡の方法について希望する方に〇をつけてください。  **〔**　　電話　・　　Fax　　**〕**  ６月９日（月）までに送信をお願いいたします。  茨城県立盲学校　Tel　　029-221-3388  　　　　　　　　Fax　　029-225-4328 | | | |