

令和7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：菊池、三保 宛 TEL : 029(221)3388
送 信 元 (連絡先)	お名前 所 属 TEL () FAX ()

令和7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〔 〕	
希望欄に○印を付けてください。	
希望会場 7月24日(木) () 県南(土浦合同庁舎) 7月25日(金) () 鹿行(鹿嶋市役所)	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。
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。

7月17日(木) 締め切り