

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	A 4 1枚	B 4 枚	B 5 枚	この用紙を含め 1枚						
連絡事項	<p style="text-align: center; margin: 0;">義眼相談申込書</p> <p style="margin: 5px 0;">支援センター・小・中・高等部・卒業生・その他(_____)</p> <p style="margin: 5px 0;">氏名 (_____)</p> <p style="margin: 5px 0;">保護者氏名 (_____) ※20歳以上の方は無記入でお願いします。</p> <p style="margin: 10px 0 0 0;">1 相談内容について○をつけてください(複数回答可)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 研磨 ・ 調整 ・ 新規作成 ・ 相談 ・ その他 (_____)] <p style="margin: 10px 0 0 0;">3 家族の付添の有無について○をつけてください。</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">[有 ・ 無]</p> <p style="margin: 10px 0 0 0;">4 連絡の方法について希望する方に○をつけてください。</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">[電話 ・ Fax]</p> <p style="text-align: right; margin: 10px 0 0 0;"><u>6月8日(月)までに送信をお願いいたします。</u></p>									
<table border="1" style="margin-left: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">茨城県立盲学校</td> <td style="padding: 5px;">Tel</td> <td style="padding: 5px;">029-221-3388</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">Fax</td> <td style="padding: 5px;">029-225-4328</td> </tr> </table>					茨城県立盲学校	Tel	029-221-3388		Fax	029-225-4328
茨城県立盲学校	Tel	029-221-3388								
	Fax	029-225-4328								

