

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	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。					
	義眼相談希望日 8/19(水) 9/24(木) 10/15(木)					
	希望時間帯 10:00～ 10:30～ 11:00～ 11:30～ 12:00～ 13:00～ ※希望日、希望時間帯を○で囲む。					
	1 相談内容について○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 (_____) 2 家族の付添の有無について○をつけてください。 【 有 ・ 無 】 3 連絡の方法について希望する方に○をつけてください。 【 電話 ・ Fax 】 ※電話連絡希望の方のみ電話番号を記入。 (電話番号 : — —)					

茨城県立盲学校 Tel 029-221-3388 Fax 029-225-4328
--

