

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;">義眼相談申込書</p> <p>支援センター・幼・小・中・高等部・卒業生・その他(_____)</p> <p>氏名 _____ (_____)</p> <p>保護者氏名 (_____) ※20歳以上の方は無記入でお願いします。</p> <p>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>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;">[有 ・ 無]</p> <p>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;">[電話 ・ Fax]</p> <p style="text-align: center;">5月7日(火)までに送信をお願いいたします。</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: right; margin-top: 10px;"> 茨城県立盲学校 Tel 029-221-3388 Fax 029-225-4328 </div>			

