

令和4年 月 日

F A X 送 信 票

送 信 先	茨城県立盲学校 <u>F A X : 0 2 9 (2 2 5) 4 3 2 8</u> 視覚障害教育支援センター 担当：千明、吉田 宛 T E L : 0 2 9 (2 2 1) 3 3 8 8
送 信 元 (連絡先)	お名前 所 属 T E L (.....) F A X (.....)

令和4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25日(月) () 鹿行(鹿島市役所) 7月27日(水) () 県南(土浦合同庁舎)	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。
- ※ 新型コロナウイルス感染症予防のため、来所時には検温、手指の消毒、マスク着用の御協力をお願いいたします。
- ※ 今後の感染状況によっては、予定変更になる場合がありますので、ホームページのお知らせで御確認ください。