|  |
| --- |
| **平成29年度 訓練公開　参加申込み** |
| 必要事項を記入し、□にチェック印（☑）を記入）の上、FAXまたは郵送、E-mailでお送りください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**申込日：平成29年　　　月　　　日** |
| ふりがな | 　　 | 性　　別 | □ 男　　□ 女 |
| 氏　　　名 | 　　 | 年　　齢 |  |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 | 　 |
| メールアドレス | 　 |
| 参加希望者の構成 | □ 障害のある方のみでの参加□ 障害のある方とその関係者（家族、職員等）の参加□ 家族、職員等のみでの参加□ その他 |
| 参加人数 | 　　□ １人　　　　□ ２人　　　　　□ ３人　　　　　□ ４人以上（　　　　　　人） |
| 所　属　名 | 　  |
| 個別相談希望の有無 | 　□ 希望する　　　　　　　　□ 希望しない　 |
| 施設見学希望の有無 | 　□ 希望する　　　　　　　　□ 希望しない　 |
| 懇談会参加希望の有無 |  □ 希望する　　　　　　　　□ 希望しない　 |
| 訓練公開を何で知りましたか。 | 　□　センター職員から　　□ チラシを見て　　□ ホームページを見て　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **◆　FAX ： ０７８−９２８−４１２２　　　　◆　E-mail ： info-kobe@rehab.go.jp****◆　郵送先　：　〒651-2134　神戸市西区曙町1070　神戸視力障害センター宛** |
| ＜参加者及び保護者の皆様へ＞1．参加に要する交通費などは自己負担となります。2．訓練公開の参加申し込み内容について変更が生じた場合や参加を取りやめる場合は、すみやかにTEL 078−923-4670　訓練公開　担当までご連絡ください。3．悪天候による警報発令などの場合、内容を一部変更することがありますので予めご了承ください。4．個人情報の利用については当該事業に関係することのみとし、その他の目的には利用いたしません。 |
|  |