

# FAX: 017-782-7228

## 視覚障害者サポート研修会 参加申込書

※ 参加申込書は6月16日までに。

申込日 平成 年 月 日

フリガナ			
氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成	年	月 日
現住所	〒		
電 話	( )	-	
F A X	( )	-	
ボランティア 経験等	1 あり ( 現在 ・ 過去 ) 2 なし  ボランティア等の経験がある場合 所属機関名 : 活動内容等 :		
お弁当	※「食事の支援」の実習があります。(お弁当はお茶付 600円) 1 注文する 2 注文しない		

青森県視覚障害者情報センター  
〒038-8585 青森市石江字江渡 5-1  
TEL 017-782-7799  
FAX 017-782-7228