

(別紙)

「盲ろう者福祉ワーカー研修会」 申込書

ふりがな	
氏名	
所属 (該当する番号に○をつけ右の欄に所属をご記入下さい)	
① 区市町村職員	(例)〇〇市〇〇部〇〇課〇〇係
② 相談支援事業所 相談支援専門員	(例)相談支援事業所〇〇
③ 民間相談機関職員 (障害者団体等)	(例)〇〇センター
④ その他	
障害の有無(いずれかに○をつけて下さい)	
なし ・ 全盲 ・ 弱視 ・ 全ろう ・ 難聴 ・ その他()	
資料の希望文字種(いずれかに○をつけて下さい)	
標準 ・ 拡大文字 ・ 点字	
連絡先	
TEL	
FAX	
E-mail	
盲ろう者支援について日頃感じている事がありましたら、ご自由にご記入ください。	

※平成30年8月27日(月)必着

<お申し込み先>

東京都盲ろう者支援センター (担当:小平、佐藤彩奈)

FAX:03-3864-7004

E-mail:tokyo-db@tokyo-db.or.jp