

(別紙)

「盲ろう者の相談支援研修会」 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 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	
研修日(いずれかに✓をつけて下さい)	
<input type="checkbox"/>	1月25日(金) 東京都障害者福祉会館「児童室B」 申込締切:1月17日(木)
<input type="checkbox"/>	2月 8日(金) 国分寺労政会館「第3会議室」 申込締切:1月31日(木)
<input type="checkbox"/>	2月15日(金) 東京都盲ろう者支援センター「研修室」 申込締切:2月 7日(木)
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。	

<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:mousikomi@tokyo-db.or.jp

この案内は2018年度年賀寄付金配分事業の助成を受けて製作しました。