

(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<br>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<br>(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。 |                 |
|  |                 |

※令和元年8月26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