|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **令和３年度 オープンキャンパス及び、自立訓練体験会**  **参加申込書　　　　　申込締切：令和3年7月9日** | | | |
| 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。  なお、参加ご希望の方１名ごとに申込用紙１枚の提出をお願いします。　**申込日：令和3年　　　月　　　日** | | | |
| ふりがな |  | 性　　別 | □ 男　　□ 女 |
| 氏　　　名  ＊参加希望の方1名ごと  に申込用紙1枚の作成  をお願いします |  | 年　　齢 |  |
| □ 障害のある方　　　　　　　□ ご家族の方　　　　　　　□ 関係職員の方  □ その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 住　　　所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| メールアドレス |  | | |
| 所　属　名 |  | | |
| ご希望の項目  すべてに  　チェックをお願いします | * オープンキャンパスを希望する。   施設見学を希望　　□する　　□しない  個別相談を希望　　□する　　□しない　　＊希望する方は下記の相談内容を記載  □ 自立訓練体験会を希望する。  【体験したい内容にチェックをお願いします。】  □歩行訓練体験  □ICT訓練体験  □その他（利用相談　下記の相談内容を記載）  ●　相談内容について（可能な範囲で記載をお願いします）  ※オープンキャンパスと自立訓練体験会を同時に参加希望される方は、応募状況によっては別日での調整をお願いする場合があります。 | | |
| 今回のイベントを  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 ： opencampus-k@mhlw.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．複数名でのご参加の場合は、申し込み用紙をコピーしてお使いください。  2．参加に要する交通費などは自己負担となります。  3．参加申込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　見学説明会　担当までご連絡ください。  4．新型コロナ感染症拡大防止対策や悪天候による警報発令などにより、内容を一部変更したり中止することがありますので予めご了承ください。  5．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。  6．昼食は各自でご用意ください。 | | | |
|  | | | |