|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **令和2年度 見学説明会　参加申込み** | | | |
| 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2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 |  | | |
| 個別相談希望の有無  ＊該当する項目すべてに  　チェックをお願いします | □ 希望する  □ 自立訓練のサービスについて  □ 就労移行支援のサービスについて  □　具体的な利用について  □　その他　（　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＊ 相談内容について（可能な範囲で記載をお願いします）  □ 希望しない | | |
| 見学説明会を  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 ： kengaku-kobe@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＞

1．参加に要する交通費などは自己負担となります。

2．見学説明会の参加申し込み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。

3．悪天候による警報発令などの場合、内容を一部変更することがありますので予めご了承ください。

4．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。