

取扱注意

返信用 (FAX または電子メール)

山形県身体障害者福祉協会 大野宛

FAX 023-686-3723

Email: [y-sinsyokyo@orange.plala.or.jp](mailto:y-sinsyokyo@orange.plala.or.jp)

令和7年度 山形県視覚障がい者ICT講習会(最上地区)  
参加申込書

全項目をご記入いただき返送願います。

申込年月日	令和7年	月	日
氏名(かな)		性別	
氏名(漢字)			
障がい状況	<input type="checkbox"/> 全盲	<input type="checkbox"/> 弱視	補足:
生年月日	年	月	日 ( 歳)
住所	〒 ー 山形県		
連絡先			
メールアドレス			
参加出欠 参加可能日に☑	<input type="checkbox"/> 10月11日(土) <input type="checkbox"/> 10月12日(日) <input type="checkbox"/> 10月13日(月)祝日 ※3日間受講される方の参加を優先します。		
付添の方の氏名		ご関係	
連絡事項等 当講習会で学びたい事や 体験したいこと等			
何でこの講座を知りましたか? 該当項目に☑	<input type="checkbox"/> 協会からの案内 <input type="checkbox"/> 点字図書館だより <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 市町村の広報 <input type="checkbox"/> 図書館 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

申込締切: 令和7年9月26日(金)

個人情報の取り扱いは十分に注意いたします。