**令和５年度　アイ・サポート相談会　申込用紙**

**≪申込者≫**

|  |  |
| --- | --- |
| **所属** |  |
| **氏名** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな相談者氏名 | （男・女） |
| 生年月日・年齢 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　歳） |
| 在籍校・学年 |  |
| 職業など |  |
| 保護者氏名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電　話 |  |
| 眼疾患名 |  |
| 視力 |  |
| 困っていること不安なこと＊できるだけ詳しく　書いてください。 |  |
| 当日の付き添い者氏名(続柄) |  |
| 参加会場（地区名） |  |

**＊基本的にお時間の希望はお受けしておりません。ご了承ください。**

|  |
| --- |
| **≪申し込み先≫**〒999-3103上山市金谷字金ヶ瀬1111番地山形県立山形盲学校　視覚支援センター　宛 |

**＊後日、決定した相談日時・場所をお知らせする文書をお送りしますのでご確認ください。**

**＊高校生以下の相談では、保護者または担任・養護教諭など大人の方がお付き添いください。**

**＊新型コロナウイルスの感染状況によっては、中止する場合もあります。**