



《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 | |
| 視力や見え方 | |
| 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。 | |
| 当日付き添い者の 氏名(続柄) | () |
| 参加会場 (地区名) | |

- *お時間の希望はお受けしておりません。ご了承ください。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。

《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