

令和4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。
- * 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、中止する場合があります。

《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