

※参加地区名をご記入ください。以下、下線部もすべてご記入ください。

(_____) 地区視覚障がい教育相談会
「のびのびサポートクラブ」
参加申込書
F A X 送 信 票

(F A X 0 2 4 - 5 3 3 - 2 4 7 0)

福島県立視覚支援学校 宛

申込者名 _____

連絡先電話番号 _____

連絡先メールアドレス _____

令和6年度第 _____ 回 _____ 地区視覚障がい教育相談会「のびのびサポートクラブ」
(_____ 月 _____ 日) への参加を、下記のとおり希望します。

記

- 1 参加者氏名（保護者・ご家族のみ、又は関係者のみの参加も可能です。幼児児童生徒が参加される場合は、保護者の方の付き添いをお願いします。）

参加者	氏 名
ふりがな 本人	
ふりがな 保護者	
関係者 (担当教員等)	

- 2 ご希望の相談支援の内容について具体的にご記入ください。

※参加申込は、実施日3週間前までに、お願いします。

- ・予約時間（14：00～もしくは15：00～）を調整させていただき、確定しましたら折り返し連絡させていただきます。必ず連絡先をご記入ください。
- ・予約状況によっては、次回開催日へまわっていただく場合がございますのでご了承ください。
- ・体調不良等で欠席される場合には、当日9時までに視覚支援学校へお電話下さい。

○ 地域支援センター 目の相談室 のびのび（県立視覚支援学校内）

相談専用 電話 080-7347-3908 メール shien-gr@fcs.ed.jp

（福島県立視覚支援学校 電話 024-534-2574 Fax 024-533-2470）

担当：地域支援センター主任 遠藤紘子