サテライト アイアイ教室　参加申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  氏 　名 |  | 年  齢 |  |
| 保 護 者  氏 名 |  | 続  柄 |  |
| 連 絡 先  （住所・  電話番号） | 〒　　　　－  TEL：（　　　）　　　－  ※参加申し込み確認後、改めて係から連絡を入れます。 | | |
| 在 籍 園 | ※あればご記入ください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（未満児・年少・年中・年長）  TEL：（　　　）　　　－  E-mail： | | |
| 見え方で  気になる事 |  | | |

◇この申込書を**１０月１７日（金）まで**にFAX、E-mail、郵便で送付してください。

　申込先： 見え方の相談支援センター　アイアイ教室

　 〒５００-８８０７　岐阜市北野町70番地1（岐阜盲学校内）

FAX ０５８－２６２－２８５４　E-mailp45075@gifu-net.ed.jp

※ ご記入いただいた個人情報については、当校で適切な管理に努めます。

※ 相談や支援の状況に応じて、関係機関で情報を共有する場合があります。