

○受講を希望される方は、下記の用紙に必要事項を記入の上送信してください。

(FAX番号を確認していただき、お間違いの無いように  
お願いいたします。)



受 講 申 込 書 「 視 覚 障 害 の あ る 方 へ の 支 援 」		
お勤め先		
連絡先住所	( 自 宅 ・ 勤 務 先 ) ※どちらかに○をしてください 〒                      ー	
受講者氏名		フリガナ
電 話		FAX
職 種		経験年数                      年

※お申込の情報は当研修以外で使用することはありません。

■問い合わせ■

(福) 神奈川県総合リハビリテーション事業団  
地域リハビリテーション支援センター  
(担当) 砂川・小泉・清水

〒243-0121 神奈川県厚木市七沢516

TEL : 046-249-2602

FAX : 046-249-2601

E-mail : chiiki-shien.kensyu@kanagawa-rehab.or.jp