ファクシミリ送信票 ／ FAX COVER SHEET

送信日	令和元年　　月　　日（　　）
宛　先	宮城県立視覚支援学校　相談支援センター 中澤　由美子　あて FAX：022(234)7974／TEL：022(234)6333
発信者	所属
	お名前
	(TEL)　　(FAX)

(件名)令和元年度宮城県立視覚支援学校「学校公開」 申込書

参加をご希望される方のお名前とご希望の体験・紹介コーナーに〇印をお書きください。

【お名前】	【体験希望】 ①全盲体験（　） ②弱視体験（　） 希望無　（　）	【紹介希望】 ③便利グッズ（　） ④点字　（　） ⑤パソコン　（　） 希望無　（　）
【お名前】	【体験希望】 ①全盲体験（　） ②弱視体験（　） 希望無　（　）	【紹介希望】 ③便利グッズ（　） ④点字　（　） ⑤パソコン　（　） 希望無　（　）
【お名前】	【体験希望】 ①全盲体験（　） ②弱視体験（　） 希望無　（　）	【紹介希望】 ③便利グッズ（　） ④点字　（　） ⑤パソコン　（　） 希望無　（　）
駐車場	要（　　台）　　不要 いずれかを〇で囲んでください。	
連絡欄	※個別相談の御希望やその他，要望等がございましたら御記入ください。	

※駐車場の数に限りがあります。公共交通機関での御来校に御協力をお願いいたします。