

視覚障害者移動支援研修事業

「同行援護従業者フォローアップ研修見学会」

申込記入日 年 月 日

参加希望日 () 令和4年 1月14日 (金)

() 令和4年 2月11日 (金)

※どちらかに○をご記入ください。両日とも同じ内容です。

(フリガナ)

氏 名 : _____ 年 齡 _____ 歲

住 所 : 〒

電話： 携帶（必須）：

メールアドレス (必須) :

職業：

日頃、視覚障害者の移動や声かけ等について、疑問に思っていること等をご記入ください。（必須）

※記入漏れのないようお願い致します。