

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

見学会日程 令和4年 2月11日（金）12時30分～16時30分

会 場 静岡県総合社会福祉会館 1階 103会議室

(フリガナ)

氏 名 : \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

保護者氏名 : \_\_\_\_\_

住 所 : 〒 \_\_\_\_\_

電話 : \_\_\_\_\_ 携帯（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。