視覚障害リンクワーカー基礎研修　申込書

　申込日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 性別 | 男性　／　女性　／　回答したくない |
| 視覚障害の有無 | 無　／　有　（ 障害等級　　　　級　／　持っていない） |
| 視覚以外の障害の有無 | 無　／　有　（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 免許・資格 |  |
| テキストについて（複数可）　 | 墨字　／　拡大文字 ／　点字　データ（　 PDF　／　テキスト　） |
| 盲導犬の有無 | 有　／　無 |
| 付添者の有無 | 有　／　無 |
| フリガナ |  |
| 付添者氏名 |  |
| その他の配慮事項（自由記述） |  |
| 電話番号 |  |
| Ｅメールアドレス |  |
| 職業 | 民間企業 ／ 公務員 ／ 自営業 ／ 福祉関係医療機関　／　なし　／ その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 宿泊の希望 | 有　／　無　 |
| 付添者宿泊の有無 | 有　／　無　 |
| 志望理由（自由記述） |  |

＜問い合わせ及び申込書送付先＞

（福）日本視覚障害者団体連合 情報部

郵送：〒169－8664 東京都新宿区西早稲田２－１８－２

メール：jouhou@jfb.jp　電話：０３-３２００-６１６９