



《申込者》

所属	
氏名	

ふりがな 相談者氏名	(男・女)
生年月日・年齢	(歳)
在籍校・学年	
職業など	
保護者氏名	
住 所	〒
電 話	
眼疾患名	
視力や見え方	
困っていること 不安なこと *できるだけ詳しく ご記入ください。	
当日付き添い者の 氏名(続柄)	()
参加会場 (地区名)	

- *お時間の希望はお受けしておりません。ご了承ください。後日、決定した相談日時・場所をお知らせする文書をお送りしますのでご確認ください。
- *高校生以下の相談では、保護者または担任・養護教諭など大人の方がお付き添いください。

《申し込み先》

〒999-3103

上山市金谷字金ヶ瀬 1111 番地

山形県立山形盲学校 視覚支援センター 宛