令和６年度　視覚障がい者ガイドヘルパー養成講座受講申込書

ふりがな		年齢	歳 ＊令和６年４月１日現在
氏　名			
住　所			
電話番号		ＦＡＸ番号	
携帯電話番号			
アドレス			
受講理由			

＊受講申込書に記載した個人情報を、講習会の運営上必要な範囲で、関係者に提供することに同意します。

（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

鴻巣市社会福祉協議会（地域福祉課：視覚障がい者ガイドヘルパー派遣事業）