記入日付　　　　　年　　　月　　　日

**福祉メディア実習室　特別講習　申込書**

TEL＆FAX　０５８４－７７－１２８２

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  | 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  |  | 障害者手帳番号 |  |
| 障害名 |  | 等級 | 級 |
| 障害の状況 |  | 手話通訳文字通訳その他サポートの希望 |  |
| 付き添い有・無 | 送迎のみ・受講中も |
| 住所 | 〒 | 満年齢 | 歳 |
| 性別 | 男　女　その他 |
| 電話番号 |  | 携帯電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  | 携帯機種 | iPhone　　　　Android |
| メールアドレスPC |  |
| メールアドレス携帯 |  |
| 自宅使用PC　ＯＳ |  | PC持ち込み | 可能・不可能 | PC経験　　年 |
| タブレット端末OS持ち込み　有・無 |  | 受講決定担当者　印 | 印 | 印 |
| 希望日時 | 希望講習内容 |
|  |  |
| 各種アカウントメモ |  |