

令和8年度
「岩手県立視聴覚障がい者情報センター点字・手話体験ミニスクール」申込書

令和 年 月 日

岩手県立視聴覚障がい者情報センター所長 様

所属機関

代表者名

以下のとおり申込みします。

学 校 名 等 (正式名称記入)	学 校 名					
	連絡責任者					
機関・団体名 (正式名称記入)	機関・団体名					
	代表者名					
住 所	〒 —					
電話・FAX	電話	—	—	F A X	—	—
Eメール						
見学・体験対象者 (学 校)	学 年	1クラスの生徒数	クラスの数	引率者		
	() 学年	() 人	() クラス	() 人		
見学・体験対象者 (機関・団体)	() 人					
希 望 日 時	※受入態勢の都合もあり、第1希望に対応できない場合もありますので、第3希望までご記入くださるようお願いします。					
	○第1希望⇒令和 年 月 日 (曜日) ⇒ 時 分～ 時 分					
	○第2希望⇒令和 年 月 日 (曜日) ⇒ 時 分～ 時 分					
	○第3希望⇒令和 年 月 日 (曜日) ⇒ 時 分～ 時 分					
ス ク ー ル 名	※ ○で囲んでください。複数選択可能です。					
	点字		手話			
見学・体験目的						
《備考》						

【申込先】 岩手県立視聴覚障がい者情報センター

電話 019-606-1743 FAX 019-606-1744 Eメール iwatesan@aina.jp

〒020-0045 盛岡市盛岡駅西通1丁目7番1号 いわて県民情報交流センター

キオクシア アイーナ4階