

平成 年 月 日

依頼担当者 _____ 様

下記確認書の必要項目を記載しFAXでご返送下さい。

ライトセンター担当 _____

「～視覚障害理解のための～ライトセンター福祉教室」実施確認書

返送年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

団体名 _____
代表者名 _____

団体名 _____

所在地 〒 _____

電話番号 _____ 担当者名 _____

参加人数 (予定) _____ 名
(内訳：小学生 _____ 名、中学生 _____ 名、高校生 _____ 名、大人 _____ 名)

実施日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (曜日)
_____ 時 _____ 分 ～ _____ 時 _____ 分

会 場 ライトセンター・外部 (_____)

内 容 (ライトセンター記載欄)

視覚障害について知る (ビデオ 講話)
(: ~ :)

点字について (ビデオ 体験)
(: ~ :)

視覚障害者への接し方について (ビデオ 体験)
(: ~ :)

施設見学 (: ~ :)

FAXでご返信ください045 (364) 0027
神奈川県ライトセンター総務課