

3/7 視覚障害者支援セミナー参加申込用紙

以下に必要事項を記入し、FAX・メール・郵送またはご持参ください（※電話は不可）

氏名	ふりがな
ご住所 (所属機関名)	
電話番号	※できるだけ携帯番号をご記入ください
所属区分 ※1つ選んで○	1. 家族 2. 福祉 3. 医療 4. 教育 5. 行政 6. ボランティア 7. その他 ()
講師に質問したいことをご記入ください	

【お問い合わせ・お申し込み】 申込〆切：平成31年2月28日（木曜） ※必着

福祉用具プラザ北九州（北九州市立介護実習・普及センター） 担当：三浦

FAX：093-522-8771 Email：miura@kati.gr.jp

TEL：093-522-8721（※対応時間：平日の9:30~17:00）

会場周辺図



最寄駅：北九州モルル巨過駅 最寄バス停：市立医療センター前

【備考】

- 当日はアイマスクを着けた食事体験があり、参加費600円にはお弁当とお茶代が含まれます
- 実技があるセミナーです。身体を動かしやすい服装と靴でご参加ください
- セミナー後に個別相談を希望される方は事前にご相談ください
- 定員を超えて受付できない場合のみご連絡いたします