

年 月 日

### 令和8年度府中市点字講習会申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日
住所	〒
連絡先	TEL FAX
勤務先(学校名) ※市外の方	
希望クラス (どちらかに☑)	<input type="checkbox"/> 中級点字 <input type="checkbox"/> 視覚障害(中途失明)点字
その他(受講の際に配慮が必要な場合等ご記入ください。)	