

FAX 送信票

▼送信元

Fax :

▼送信先 広島障害者職業能力開発校 見学

会担当

Fax : 082-254-1716 Tel : 082-254-1766

■見学会申込事項

希望日	<input type="checkbox"/> 12/2(金)午後 <input type="checkbox"/> 12/26(月)午後		
(ふりがな) 氏名		連絡先 電話番号	
住所	<input type="checkbox"/> 広島県 () <input type="checkbox"/> 県外 () 寮見学 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)		
手帳の種類 (障害部位)	<input type="checkbox"/> 身体 (<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 内臓 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 難病) <input type="checkbox"/> 精神 (<input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 高次脳機能) ※手話通訳 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 療育 (<input type="checkbox"/> 知的) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未取得		
所属	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 学生 学校名 ()		
参加人数	<input type="checkbox"/> 入校検討中の方 (名) <input type="checkbox"/> 保護者・支援者 (名) <input type="checkbox"/> 先生 (名)		
希望コース	<input type="checkbox"/> ①CAD 技術科, 情報システム科, Web デザイン科, OA ビジネス科, 事務実務科, チャレンジコースの見学 <input type="checkbox"/> ②総合実務科の見学 <input type="checkbox"/> ③音声パソコンコースの見学		
備考	<input type="checkbox"/> 車での来校 ※できるだけ公共交通機関のご利用をお願いします。		

■連絡事項

電話での申し込みが困難なため, FAX で送信します。