



大阪障害者職業能力開発校 見学会 申込書

FAX 072-296-8313 ※コンビニなどでFAX を送れます

ふりがな		同伴者数	来校手段
氏名			<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車
見学希望科目	<input type="checkbox"/> CAD 技術科 <input type="checkbox"/> OA ビジネス科 <input type="checkbox"/> Web デザイン科 <input type="checkbox"/> オフィス実践科 <input type="checkbox"/> ワークサービス科 <input type="checkbox"/> Job チャレンジ科 <input type="checkbox"/> 職域開拓科		
見学希望日	月 日		
障がいへの配慮事項	<input type="checkbox"/> 視覚障がい点字使用 <input type="checkbox"/> 視覚障がい拡大資料が必要 <input type="checkbox"/> 聴覚障がい手話が分る <input type="checkbox"/> 聴覚障害で手話が分らない <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 知的障がいある <input type="checkbox"/> 精神障がいがある <input type="checkbox"/> 発達障がいがある <input type="checkbox"/> その他 ()		
ご連絡先	電話番号 _____ - _____ FAX 番号 _____ - _____ その他 ()		
寮見学希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	FAX 到着の 返信希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

申込日 年 月 日