様式１

年　　月　　日

札幌市中途失明者社会適応訓練申請書

（あて先）　　区保健福祉部長
　　札幌市障がい者更生相談所長

次のとおり訓練を申し込みます。

ふりがな
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　生年月日 ＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

希望訓練内容			
希望訓練方法	□ 通所　　□ 家庭訪問 毎週　　曜日 時 ～　　時	補装具等	□ 点字器　　□ ポータブルレコーダー □ 白杖　　□ 点字タイプ □ 眼鏡　　□ 時計 □ その他 （　　）