

令和7年度 オープンキャンパス参加申込書

申込締切：令和7年10月10日

必要事項を記入し、□にチェック印(☑)を記入)の上、FAX、郵送またはE-mailでお送りください。

なお、参加ご希望の方1名ごとに申込用紙1枚の提出をお願いします。 申込日：令和7年 月 日

ふりがな		性 別	□ 男 □ 女
氏 名 * 参加希望の方1名ごと に申込用紙1枚の作成 をお願いします		年 齢	
	□ 障害のある方 □ ご家族の方 □ 学校関係の方 □ 支援機関に従事されている方 □ その他 ()		
住 所	〒		
電話番号			
メールアドレス			
所 属 名			
ご希望の項目 すべてに チェックをお願いします	・施設見学を希望 □する □しない ・個別相談を希望 □する □しない * 希望する方は下記の相談内容を記載 ・相談内容について(可能な範囲で記載をお願いします) () ※個別相談については人数、相談内容などにより、別日での調整をお願い する場合があります。		
今回のイベントを 何で知りましたか。	□ センター職員から □ チラシを見て □ ポスターを見て □ ホームページを見て □ 地域広報誌 □ その他 ()		

◆ FAX : 078-928-4122

◆ E-mail : opencampus-k@mh1w.go.jp

◆ 郵送先 : 〒651-2134 神戸市西区曙町 1070 神戸視力障害センター宛

＜参加者及びご家族の皆様へ＞

- 複数名でのご参加の場合は、申し込み用紙をコピーしてお使いください。
- 参加に要する交通費などは自己負担となります。
- 参加申込内容について変更が生じた場合や参加を取りやめる場合は、すみやかに
TEL 078-923-4670 オープンキャンパス担当までご連絡ください。
- 新型コロナウイルス感染症拡大防止対策や悪天候による警報発令などにより、内容を一部変更したり中止する
ことがありますので予めご了承ください。
- 個人情報の利用については当該事業に関係することのみとし、その他の目的には利用いたしません。
- 参加の可否については、メール・電話などでご連絡します。