

中途視覚障害者訪問指導 申込書

フリガナ 氏名		男 ・ 女	生年月日 年 月 日 (満 歳)
現住所	〒		
	利用できる交通機関 最寄駅		より徒歩 分
電話番号	(自宅・携帯)		
職業			
家族構成			
身体障害程度	身体障害者手帳番号 () 手帳記載事項		
	障害等級 (種 級)		
	疾患名 ()		
	視力・視野 (視野欠損、中心暗点、夜盲、羞明 など)		
健康状態			
希望する指導	(点字触読 ・ 歩行訓練 ・ その他)		
	※歩行訓練を希望の場合 白杖の有無(あり・なし) 身長(cm) 白杖歩行経験(あり・なし)		
指導希望時期	第1希望 月 日 頃より 第2希望 月 日 頃より 希望の曜日、時間 等 () ※ご希望があればご記入ください。 ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。		
その他			

受付年月日 年 月 日