

公益社団法人
群馬県視覚障害者福祉協会長 様

訪問型歩行訓練事業申請書

下記のとおり利用したいので申請します。

申請者

住 所

氏 名

印

電 話

— —

訓練希望者	氏 名	
	住 所	
	生年月日	S H 年 月 日
	身障手帳	第 号 種 級
希望する訓練の内容	目的・理由	
	訓練回数 * 最大 10 回	
	具体的な訓練内容 * 訓練の経路など	