

# 申込書

## 視覚・聴覚に障がいのある方対象の PLAT 劇場ツアー

ふりがな		性別
名 前		男性・女性
住所 〒		
電話番号		
(自宅)		(携帯)
MAIL	FAX	
※「info@toyohashi-at.jp」「bunzai.or.jp」からの返信メールを受け取れるように設定をお願い致します。		
障がいの種類	PLATからの連絡方法の希望	
視覚・聴覚	電話・メール・FAX・付添者に連絡	
付添者の有無	その他連絡事項	
<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 付添者の有無に○を付けてください。		
<input type="checkbox"/> 名前 _____		
<input type="checkbox"/> 電話番号 _____		

**FAX 0532-55-8192**

穂の国とよはし芸術劇場