

平成30年 月 日送信

参加申込書

平成29年度 障害者施策等研修会

送信先 FAX 098-851-3855

社会福祉法人 沖縄県身体障害者福祉協会 業務課 宛

★申込〆切 平成30年2月16日(金)

法人名又は 所属部署名	(担当者)			
住 所				
連 絡 先	電話	FAX		
	E-mail			
	氏 名	役職名	必要な情報保障に ○をつけて下さい	車椅子利用 (有無)
1			手話通訳・要約筆記 点字資料	
2			手話通訳・要約筆記 点字資料	
3			手話通訳・要約筆記 点字資料	
4			手話通訳・要約筆記 点字資料	
◆参加費500円× _____ 名 = _____ 円				
◆参加費領収証の宛名 ⇒ _____				
お聞きになりたいこと (事前に講師にお伝えします)				

[問い合わせ先] 社会福祉法人 沖縄県身体障害者福祉協会 (担当: 仲田、鈴木)
電話098-851-3455 FAX098-851-3855
taiki5@okisin.jp 仲田