

ねむのき会館 バスツアー参加申込書

令和 年 月 日

ふりがな												性 別
氏 名												男 ・ 女
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)											
住 所	〒											
	電 話	() -										
	携 帯	() -										
	F A X	() -										
	E-mail:											
緊急連絡先	名 称:											
	電 話	() -										
	携 帯	() -										
勤務先・施設・在籍校	名 称:											
該当するところに○印をつけてください												
障害区分	肢体不自由	視覚障害	聴覚・音声	内部障害	知的障害	情緒障害	精神障害	その他の障害	介護・家族	福祉関係	一般	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
備 考												

申込先：青森県身体障がい者福祉センター「ねむのき会館」

F A X 0 1 7 - 7 3 8 - 0 7 4 5 (送付状は不要です)

※申込締切は7月1日(月)です。なお、定員になり次第締切りますのでご了承ください。