【 ＦＡＸ番号　０１７－７３８－０７４５ 】

青森県身体障害者福祉協会　担当：伊藤　行

**平成２８年度地域福祉リーダー等研修会　申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開催日時 | | 平成２９年３月１８日（土）１２：３０～１４：３０ | |
| １ | お住まいの市町村  又は  所属・職名 |  | |
| 氏名 |  | |
| 連絡先 | 自宅  携帯 | |
| 障害種別 | 肢体・聴覚・視覚・内部・障害なし・その他（　　　　　　　　） | |
| 必要な方は○で  囲んでください | 手話通訳 ・ 要約筆記 ・ 点字資料 | 車椅子利用  あり（自車・借用）・なし |
| ２ | お住まいの市町村  又は  所属・職名 |  | |
| 氏名 |  | |
| 連絡先 | 自宅  携帯 | |
| 障害種別 | 肢体・聴覚・視覚・内部・障害なし・その他（　　　　　　　　） | |
| 必要な方は○で  囲んでください | 手話通訳 ・ 要約筆記 ・ 点字資料 | 車椅子利用  あり（自車・借用）・なし |
| ３ | お住まいの市町村  又は  所属・職名 |  | |
| 氏名 |  | |
| 連絡先 | 自宅  携帯 | |
| 障害種別 | 肢体・聴覚・視覚・内部・障害なし・その他（　　　　　　　　） | |
| 必要な方は○で  囲んでください | 手話通訳 ・ 要約筆記 ・ 点字資料 | 車椅子利用  あり（自車・借用）・なし |

※参加希望者が多い場合は、コピーをしてください。