

【 F A X 番 号 0 1 7 - 7 3 8 - 0 7 4 5 】

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。