

申込先:直轄地区障がい者基幹相談支援センター かのん

電子メールアドレス:kanon-kikan@wind.ocn.ne.jp

FAX番号:0949-24-1552 ※FAX(送信票不要)

筑豊地区自立支援協議会 合同研修会
(平成30年8月29日開催)

＜ 参加申込書 ＞

参加者ご氏名	所属	事業種別・職種
【記入例】 筑豊 太郎	△△病院	障がい福祉事業所() 障がい児通所支援事業所() 相談支援事業所 / 病院(SW) 特別支援学校 / 行政 / その他()
【記入例】 筑豊 幸子	就労支援センター△△	障がい福祉事業所(就労移行支援・サビ管) 障がい児通所支援事業所() 相談支援事業所 / 病院() 特別支援学校 / 行政 / その他()
		障がい福祉事業所() 障がい児通所支援事業所() 相談支援事業所 / 病院() 特別支援学校 / 行政 / その他()
		障がい福祉事業所() 障がい児通所支援事業所() 相談支援事業所 / 病院() 特別支援学校 / 行政 / その他()
		障がい福祉事業所() 障がい児通所支援事業所() 相談支援事業所 / 病院() 特別支援学校 / 行政 / その他()
		障がい福祉事業所() 障がい児通所支援事業所() 相談支援事業所 / 病院() 特別支援学校 / 行政 / その他()
ご連絡先	【担当者名】	TEL FAX () メール

※平成30年8月10日(金)までに、FAX(送信票不要)またはメールでお申し込み下さい