

障害認識ワークショップ（クレアこうのす）参加申込書

申し込み日 平成29年 月 日
 会名または
 所属団体名 _____
 記入者氏名 _____
 TEL _____ () _____
 FAX _____ () _____

1	①参加者氏名 (親の会会員・非会員)	
	②性別 男・女	③市町村 ()
	④所属(親の会・学校・施設名等) ()	
	⑤本人との関係 親・きょうだい・支援者・行政・その他 ()	
	①参加者氏名 (親の会会員・非会員)	
2	①参加者氏名 (親の会会員・非会員)	
	②性別 男・女	③市町村 ()
	④所属(親の会・学校・施設名等) ()	
	⑤本人との関係 親・きょうだい・支援者・行政・その他 ()	
	①参加者氏名 (親の会会員・非会員)	
3	①参加者氏名 (親の会会員・非会員)	
	②性別 男・女	③市町村 ()
	④所属(親の会・学校・施設名等) ()	
	⑤本人との関係 親・きょうだい・支援者・行政・その他 ()	
	①参加者氏名 (親の会会員・非会員)	
4	①参加者氏名 (親の会会員・非会員)	
	②性別 男・女	③市町村 ()
	④所属(親の会・学校・施設名等) ()	
	⑤本人との関係 親・きょうだい・支援者・行政・その他 ()	
	①参加者氏名 (親の会会員・非会員)	

※4名を超える場合はコピーしてお申込みください。

【申込締切：10/13(金)】