

公益社団法人埼玉県手をつなぐ育成会
FAX : 048-833-0400

平成29年度 知的障害者相談員
地区研修会 参加申込書

申込み日 平成 年 月 日

所 属 _____

担当者名 _____

住 所 _____

電話番号 _____ () _____

FAX 番号 _____ () _____

◆地区研修会

○参加希望者・希望日 (①②③のいずれかに丸をしてください。)

1 _____ ①10/23(月) ②11/1(水) ③11/10(金)

2 _____ ①10/23(月) ②11/1(水) ③11/10(金)

3 _____ ①10/23(月) ②11/1(水) ③11/10(金)

4 _____ ①10/23(月) ②11/1(水) ③11/10(金)

※4名を超える場合は、余白に記載するか用紙をコピーしてご利用ください。

【申込締切】

①東松山：10月16日(月)

②熊谷：10月25日(水)

③浦和：11月1日(水)