

申込先:静岡県社会福祉士会 FAX 054-252-0016

障害者差別解消啓発セミナー 参加申込書

参加を申し込みます(併せて研修名簿の作成に同意します)

ふりがな		ふりがな	
氏名		氏名	
ふりがな		ふりがな	
氏名		氏名	
ふりがな		ふりがな	
氏名		氏名	

〈連絡先〉

所属: _____

住所:〒 _____

電話: _____ FAX: _____

連絡担当者: _____

※参加にあたって、特に配慮が必要な事項等がありましたらご記入ください。

手話通訳 要約筆記 車いす使用者席

その他 (_____)