

平成29年度 愛媛県障がい者権利擁護セミナー 申込書

[※7月21日(金) 〆切]

ふりがな 氏名		連絡先	
住所	〒	性別	男 ・ 女
		年代	歳代
申込	御希望されるところに「○」を付けてください。 <input type="checkbox"/> 1日目：一般向けセミナー <input type="checkbox"/> 2日目：障がい者福祉施設等管理者・サービス管理責任者研修		
	所属		
	受講上の配慮事項（手話通訳、車椅子使用、介助者同行など）		

※申込みは、FAX、メール又は郵送で受け付けます。（申込み先は下部に掲載しています。）

※御記入いただきました内容は本セミナーにのみ使用し、適切に管理いたします。

※2日目を受講希望されるの方へ……なるべく2日間通じて御参加ください。

※会場にお越しの際は、原則として公共交通機関を御利用ください。

※参加希望者多数の時は会場の都合上、参加をお断りする場合があります。

◇セミナーの申込先

社会福祉法人 愛媛県社会福祉事業団 事務局

〒790-8403 松山市道後町二丁目12-11

TEL. 089-922-7486 FAX. 089-923-3717

E-mail nodi-hiroyuki@ehime-swc.or.jp



◇セミナーの内容に関する問い合わせ先

愛媛県 保健福祉部 生きがい推進局 障がい福祉課

〒790-8570 松山市一番町四丁目4-2

TEL. 089-912-2422 FAX. 089-931-8187

E-mail syougaihukus@pref.ehime.lg.jp

