

愛媛県社会福祉事業団あて

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

E-mail : webmaster@ehime-swc. or. jp

障がいへの理解を深めるための出張講座申込書

希望する講座 (講座番号に○を ご記入下さい。)	① 身体	② 知的	③ 精神・発達	④ 視覚	⑤ 聴覚	
特に学びたい内 容・リクエスト 等について						
希望日時	第1希望	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
	第2希望	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
	第3希望	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
開催希望場所	名 称					
	所在地					
参加者概要						
参加予定人数	人					
主催者	団体名					
	担当者	氏 名				
		住 所				
		電 話				
		F a x				
E-mail						
備 考						