

障がい者芸術文化活動外部指導者派遣事業申込書

令和2年 月 日

ふりがな 事業所名 <small>(個人の場合は氏名)</small>				
連絡 担当 者	ふりがな 氏名		TEL	()
	住所	〒	FAX	()
			メール	
初回派遣 希望日時		令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
参加人数	障がいのある方 ・身体障がいのある方 (名) ・知的障がいのある方 (名) ・精神障がいのある方 (名) ・発達障がいのある方 (名) ・その他 () (名) } 合計 (名)			
		支援者 (名)		
希望内容	※ 御希望を○で囲んでください。 ダンス ・ 音楽 ・ 演劇 ・ 絵画 ・ 陶芸 ・ その他 ()			
希望事項等				

※御記入いただいた個人情報、本事業に関する事柄以外には使用せず、事業終了後には適切に処理します。

◎申込み締切日：令和2年7月20日(月)

【申込み先】
 社会福祉法人 愛媛県社会福祉事業団
 愛媛県障がい者アートサポートセンター
 (愛媛県身体障がい者福祉センター内)
 担当 天野
 TEL 089-924-2170 Fax 089-923-3717
 E-mail art-support@ehime-swc.or.jp