

(別紙様式)

障がい者芸術文化活動における外部指導者派遣申込み

令和3年 月 日

1 参加申込書

ふりがな 事業所名			代表者名	
連絡 担 当 者	ふりがな 氏名		TEL	()
	住所	〒	FAX	()
			メール	
希望内容		※ 御希望を○で囲んでください。 演劇・ダンス・音楽 ・絵画など		
参加人数		利用者 () 名、支援者 () 名		
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： 8 月 23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@chime-swc.or.jp