

障害者虐待防止法出前講座 申込書

申込日	令和 年 月 日	
団体名		
代表者氏名		
希望日時	第1希望	令和 年 月 日() 時 分～ 時 分
	第2希望	令和 年 月 日() 時 分～ 時 分
	第3希望	令和 年 月 日() 時 分～ 時 分
参加予定者	対 象	
	人 数	
希望する 研修内容		
開催予定会場	会場名	
	住 所	
連絡先	担当者	
	住 所	
	電 話	
	F A X	
	メー ル	
備 考		

【申込先】

佐賀県健康福祉部障害福祉課 地域生活支援担当

電話：0952-25-7064 FAX：0952-25-7302

メール：shougai Fukushima@pref.saga.lg.jp