

一般社団法人 愛知県知的障害児者生活サポート協会 宛て

1 事業所名 : _____ 担当者 _____

2 参加者数

利用者	名	車イス利用者	名
職員	名	合計	名

3 参加者名簿

・利用者

・職員

4) 会場までの移動方法についてお知らせ下さい。

*マイクロバス ○台、ハイエース ○台など

《参加申し込み・お問い合わせ》

一般社団法人 愛知県知的障害者サポート協会

〒440-0837 豊橋市三ノ輪町字本興寺 41-1

F A X : 0532-87-4334

T E L : 0532-39-3030

申し込み期限 : 令和 4 年 11 月 30 日 (水)

F A X の送信表は不要です。