

送付先：東京都障害者社会参加推進センター FAX 03-3268-7228

(※FAXの番号をまちがえないようお願いいたします)

第1回 福祉講座

平成30年9月7日(金)開催

参加申込書

お名前	ふりがな

ご所属	区市町村名 又は所属団体名
ご連絡先	ご住所： ※ ご住所の記載・不 記載はご本人様のご 判断にお任せします
	TEL： 又は FAX：
◆次の項目で該当するものにご記入またはレ印をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 障害あり	障害ありを選択された方 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 障害なし	
必要とする もの	<input type="checkbox"/> 車いすスペース <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 点字資料 <input type="checkbox"/> その他 ()
介助者	<input type="checkbox"/> 同行する <input type="checkbox"/> 同行しない 介助者氏名：

1. 申込期限は、平成30年8月31日(金)必着です。ご記入漏れのないようお願いいたします。

2. ハガキ又は電話で申し込まれる方も、上記の内容をお伝えください。

※参加申込書に記載された内容(個人情報)は福祉講座に関するご連絡のみに使用し、それ以外の用途には一切使用しません。