山口県障害福祉サービス協議会　　　　　　　 阿部　行　**ＦＡＸ　０８３－９２４－２７９８**

一般財団法人山口県知的障害者福祉協会　　　 山崎　行　**ＦＡＸ　０８３－９２５－２２１２**

「矯正施設を退所した障害のある人の地域生活定着支援」を考える研修会

参加申込書

**【申込日】平成29年　　　月　　　日（　　）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **事業所名** | **電話番号** | **担当者名** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **一般財団法人山口県知的障害者福祉協会**  **（いずれかに○）** | **山口県障害福祉サービス協議会**  **（いずれかに○）** |
| **会員　・　非会員** | **会員　・　非会員** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **職　　名** | **情報交換会** | **備　　考**  **（※車いす利用等、その他必要なことがございましたら事務局へご連絡ください。）** |
| 例 |  | 管理者 | 出・欠 |  |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

＊「参加申込書」に記載された個人情報は、研修会の運営管理のみに使用させていただきます。

**申込締め切りは平成29年２月28日（火）です**