

KWN（西区自立支援協議会） 出前トーク申込書

申込日 平成 年 月 日

団体名 代表者氏名			
連絡先 住所 氏名	〒	-	TEL FAX Eメールアドレス
テーマ			
日時	第1希望	月 日 ()	: ~ :
	第2希望	月 日 ()	: ~ :
	第3希望	月 日 ()	: ~ :
会場名 (所在地)			
実施方法	<input type="checkbox"/> 「出前トーク」単独で実施 <input type="checkbox"/> 他の会合とあわせて実施 → 会合名 ()		
参加予定人数	人	司会者 有 ()	・ 無
備考	(※テーマの中で特に希望する内容があればお書きください。)		

受付 No.	
--------	--

● お申し込み、お問い合わせは、下記まで

<p>○ にし障害者地域生活支援センター（月～金は9:00～19:00、土日祝は9:00～17:00） TEL 078-996-9820 FAX 078-996-9821</p> <p>○ たまつあけぼの障害者地域生活支援センター（月～金は9:00～19:00、土日祝は休） TEL 078-927-4171 FAX 078-927-4172</p>

FAX、電話等で受け付けます