



FAX 送信

送信先：FAX 088-847-8748

高次脳機能障害ファシリテーター養成講座 申込用紙

★ 準備の都合上、5月31日（金）までにお申し込みください。

施設名				
申込者	(ふりがな) 氏名	職種	○か×をつけてください	
	()		お弁当	懇親会
	()			
代表者 連絡先	電話番号：			
	メールアドレス：			

<お弁当について>

会場近くには食事ができる場所が少ないため、昼食は各自でご準備ください。
 希望者には1個500円でお弁当の申し込みを受け付けます。
 希望される方は上記のお弁当の欄に○を、不要な方は×を記載してください。

<懇親会について>

当日の講座終了後、受講者とスタッフ参加での懇親会を開催いたします。
 情報交換やネットワークづくりの場としてご活用いただければと考えています。
 参加費は5,000円、場所は検討中です。
 参加を希望される方は懇親会の欄に○を、参加されない方は×を記載してください。

●連絡事項があればお書きください●