参加申込書

**送付先FAX番号：０７３７-３２-３４６５**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 事業所名 |
| 住所〒 |
| 連絡先TEL：FAX：メールアドレス： | 担当者職氏名 |
| 参加者氏名 | 職種 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

－・－・－・－・－・－・－・－　　受付通知欄　　（記入しないで下さい）－・－・－・－・－・－・－・－

※受付の証として下記に受付番号を記入し返信いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |
| 参加申込書を受け付けました。　**和歌山県知的障害者福祉協会地域支援部会** |