**障 害 者 差 別 解 消 法 講 演 会**

**～視　聴　申　込　用　紙～**

**申込締切：令和４年３月２３日（水）**

所　　　属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡責任者

電話番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 障害の有無  有の方は障害名記入 | メールアドレス  （※　必　須　※） | 備　考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

申込み先

神奈川県障害者社会参加推進センター

〒２２１－０８２５　横浜市神奈川区反町3-17-2　神奈川県社会福祉センター内

ＴＥＬ：０４５－３１１－８７３６　ＦＡＸ：０４５－３１６－６８６０

Ｈ　Ｐ：<http://kanagawa-kenshinren.or.jp/>　※ＨＰから申込用紙をダウンロードできます。

※障害の欄には、肢体・車椅子・聴覚・視覚・知的・精神・内部・音声・言語のいずれかを記入。

※申込み締め切り後、記載していただいたメールアドレスに専用ＵＲＬをお送りいたします。