

**FAX : 045-212-9044**

**かながわ福祉サービス振興会 あて**

**障害者地域生活支援シンポジウム参加申込書**

申し込み 日時・場所	2008年3月2日(日) 10:00~16:30 パシフィコ横浜 アネックスホール(横浜市西区みなとみらい1-1-1)
氏名	ふりがな ----- 
連絡先 TEL	( )
連絡先 FAX	( )
連絡先 E-MAIL	
参加決定通知 希望方法	FAX ・ E-Mail ※希望するほうに○

以下 参加者アンケートです。よろしければお答え下さい。

職業 (○を付ける)	1.福祉関係者 【・管理者 ・支援職員 ・事務職員 ・その他( )】 事業所名(任意)( ) 2.会社員 3.公務員 4.学生 5.その他 ( )
住所 (○を付ける)	神奈川県 ・ その他( )

ご注意

※この申込用紙で複数名お申し込みが出来ます。

(1枚につき、1回で決定通知を行います。)

※FAX送信票をつけずにお送りください。

※先着順に受付をいたします。受付後、参加決定連絡をいたします。1週間連絡がない場合はお問合せください。