

(別紙)

島根県障がい福祉課自立支援給付G 平江 あて

FAX番号 (0852) 22-6687

障がい福祉関係事業者等説明会及び平成28年度集団指導出席者名簿

法人(団体)名				
連絡先	担当者氏名			
	電話番号	()		
参加の有無	※出席 ※欠席 (いずれかを○で囲んでください) ↓			
参加会場	3月16日(木) 浜田会場		3月17日(金) 松江会場 (いずれかを○で囲んでください)	
出席者	事業所・所属名	職名	氏名	事業所所在地 (市町村名)
備考	以下について、必要がございましたら、○で囲んでください。 1. 車いす席の用意 2. 同行介助者席の用意 3. その他()			

※添書は不要です。本書のみをファクシミリでお送りください。

※本書は会場ごとに作成してください。

※事業所の所在地(市町村名)を必ずご記入ください。

※本書は当課ホームページからダウンロードすることも可能です。

トップ>医療・福祉>福祉>障がい者福祉>事業者向け>平成28年度障がい福祉関係事業者説明会及び集団指導