

送付先:茨城県肢体不自由児者父母の会連合会 事務局 行き (申込期限:1月9日(金))

FAX : 029-243-3854
E-mail: iba-ikufubo@bz03.plala.or.jp

県肢連研修講演会(1月23日開催)への参加申込書

令和 年 月 日

氏 名	電話番号 (代表者のみ)	居住市町村	所 属

- 備考:1 緊急連絡時に使用するために、(携帯)電話番号をご記入ください。
2 居住市町村は市町村名のみをご記入ください。
3 所属は学校、施設の名称、所属障害者団体などの名称をご記入ください。無所属の場合は「無」をご記入ください。
4 ご記入いただきました個人情報は、当研修会の目的のみ利用させていただきます。

○悪天候等により中止とさせていただく場合の連絡方法について
茨城県肢体不自由児者父母の会連合会のホームページにおいて、
行事の48時間前までに、お知らせいたします。

茨城県肢連 HP は
こちらから



質 問 票 ●質問がある場合、ご記入ください。

質問内容(簡潔にお書きください)