

令和6年度 障害者の健康づくり研修会

<申込書>

ふりがな 氏名		性 別		生年月日 年齢	年 月 日生 歳
現住所	〒 ー 県 市 町 TEL () FAX ()				
所属・学校等 名称					
障害のある方への 支援内容	例) 日中支援のレクを担当 等				
主催者へ伝えて おきたいこと	希望するサポート 等				

注) 必要事項を記入し、あてはまるものに○をつけてください。

【お申込み・お問い合わせ先】

〒761-8057 香川県高松市田村町1114番地

TEL 087-867-7686 FAX 087-867-0420

かがわ総合リハビリテーション福祉センター スポーツ 担当 六条・大塚