

令和7年度 障害者の健康づくり研修会(障害者支援施設職員等対象)

～重度障害児者の健康と運動～

<申込書>

ふりがな 氏 名		性 別		生年月日 年 齡	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				

【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 大塚・六条