

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                     |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|
| 機関名                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          | 担当者            |                     |
| 電話番号                  |                                                                                                                                                                                                                                                                          | FAXまたはe-mail   |                     |
| 希望日時<br>（日にちと時間）      | 第1希望                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                     |
|                       | 第2希望                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                     |
|                       | 第3希望                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                     |
| 会場名                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                     |
| 住所                    | 〒           —                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                     |
| 必要な準備物                |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                     |
| 対象者について<br>（年齢、障害種別等） |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                     |
| 人数                    | 参加者          名                                                                                                                                                                                                                                                           | 介助者          名 | 職員・スタッフ等          名 |
| 内容<br>（テーマなど）         |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                     |
| 希望講師<br>（☑をつけてください）   | <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員<br><input type="checkbox"/> 体育指導員 <input type="checkbox"/> 健康運動指導<br><input type="checkbox"/> その他 （                                      ） |                |                     |
| その他                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                     |

かがわ総合リハビリテーション福祉センター  
地域交流科(511) 担当 松村  
TEL 087-867-7686  
FAX 087-867-0420