

福岡市障がい者差別解消・障がい理解促進事業申込書

福岡市障がい者差別解消・障がい理解促進事業について、下記の通り申し込みます。

令和 年 月 日

申込み団体名		
代表者		
連絡先	担当者氏名	
	TEL	
	FAX	
	e-mail	
日時等	実施日	
	講座等の時間 (うち、講師等の対応時間)	: ~ : (: ~ :)
	集合時間	:
会場	会場名	
	住所	
参加予定人数		名
希望する講師番号(講師一覧から選んでください。)		
駐車場の有無		有 ・ 無
備考		

※会場の確保は地域団体でお願いします。

※講師の派遣は2時間以内となります。