**令和4年度　青森県知的障害者福祉協会・青森県知的障害児者生活サポート協会　総会・部会協議会**

|  |
| --- |
| **【　参加申込書　】** |

**メール：masanao.takagi@aosyakyo.or.jp**

**ＦＡＸ：０１７-７7７-００１５**

青森県知的障害者福祉協会　事務局行き

【申込締切り：6月6日（月）までにお願いいたします】

申込日　　　　　月　　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 |  | |
| 住　　所  （書類送付先） | 〒　　　　　　　－ | |
| [TEL]　　　　　　　-　　　　　　　　　- | [FAX]　　　　　　　　-　　　　　　　　　　- |
| （フリガナ）  ご担当者名 |  | メールアドレス |

下記の通り申し込み致します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | （フリガナ）  氏　　　名 | 職　　名 | 参加する部会 |
|
|
| 例 | アオモリ　タロウ  青森　太郎 | 施設長 | Ｂ |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【参加希望の部会（記号）を「参加する部会」欄へご記入ください】 | | |
| A：児童発達支援部会 | Ｂ：障害者支援施設部会 | C：日中活動支援部会 |
| D：生産活動・就労支援部会 | Ｅ：地域支援部会 | F：相談支援部会 |

（注）複数参加の施設につきましては、定員オーバーの場合に参加人数を調整させていただく場合がございます。

【お問合せ先】青森県知的障害者福祉協会事務局　　担当　高木

〒030-0822青森市中央3－20－30　県民福祉プラザ2階

青森県社会福祉協議会内

ＴＥＬ：017-723-1391　　ＦＡＸ：017-777-0015

E-mail　　aomori＠mwt.co.jp