【**失語症者向け意思疎通支援者養成講習会　参加申込書】**

**FAX番号：0985-26-7340**

 **E-mail：shogaifukushi@pref.miyazaki.lg.jp**

**宮崎県障がい福祉課　地域生活支援担当　行き**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 職種 | 勤務先 | 連絡先（電話番号もしくはMail） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

記入欄が不足する場合は、コピーして利用願います。

**令和元年１１月１２日（火）　締切**

※１　複数名で参加される方は代表者の方を一番上の欄にご記入ください。

※２　参加人数が多い場合は先着順とさせていただきます。調整が必要な場合は御連絡を差し上げます。

※３　駐車場に限りがありますので可能な限り乗り合わせでお願いいたします。

※４　定員に限りがありますのでご了承ください。