

障害者差別解消法研修用DVD貸出申込書

提出日 平成 年 月 日

団体名 (学校名)			
代表者名			
住所 (送付先)			
連絡先	担当者名		
	電話番号	FAX番号	
	E-mail		
使用予定日	平成 年 月 日		

障害福祉課 記入欄	
DVD送付日	平成 年 月 日
DVD番号	
備考	

※DVDの貸出期間は原則申込日から3か月です。

※申込みはメール、ファックスどちらでも構いません。

申込先

佐賀県 健康福祉部 障害福祉課 企画担当

TEL : 0952-25-7401 FAX : 0952-25-7302

メール : shougai Fukushima@pref.saga.lg.jp