

障害者差別解消法出前講座申込書

提出日 令和 年 月 日

団体名 (学校名)			
代表者名			
住所			
連絡先	担当者名		
	電話番号		FAX番号
	E-mail		
希望日時	第1希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	第2希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	第3希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
会場			
対象者	(名)		
その他			

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 Fukushi@pref.saga.lg.jp