

「高次脳機能障がい理解のため」の出前講座申込書

令和 年 月 日

宮崎県身体障害者相談センター 行  
(FAX 0985-31-3553)

申込団体名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

連絡先	住所	
	担当者	
	電話番号	
	E-mail	

\* 打ち合わせ等で E-mail の利用が可能な場合はメールアドレスをご記入ください。

派遣希望日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
行事名	
行事概要	
参加予定人数	
会場名	
会場所在地	
備考	

\* 会議や研修等の行事の中で実施する場合は、行事名、行事概要を記載してください。