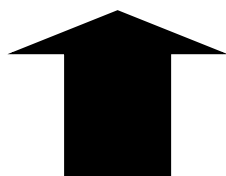


京都市東部圏域:医療的ケア部会研修会

『我が子の子育てを通して～今、思うこと。伝えたいこと～』

参加申込書

FAX 送信方向



FAX 番号

075-502-0084

京都市東部障害者地域生活支援センター「らくとう」 行

氏 名	
氏 名	
氏 名	
所 属	
連絡先（電話・FAX等）	電話（ ） FAX（ ） メールアドレス（ ）
質問・コメント等	

※ご記入いただいた情報は、当該研修の運営に使用をさせていただきますので、予めご了承下さい。

上記以外の目的で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。

申込み方法

- （１）申込み方法：必要事項を申込書へご記入の上、
FAX（075-502-0084）にて、ご返送お願い致します。
- （２）申込み期限：令和5年 4月21日（金）着
- （３）お問合わせ先

京都市東部障害者地域生活支援センター「らくとう」（担当：中村）
TEL：075-591-8856 FAX：075-502-0084