平成28年度

**沖縄県障害者施設研究大会**

参加申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成28年　　 月　　 日（　　）

施設名

TEL　　　　　　　　　　　　　　　FAX

ご記入担当者　　　　　　　　　　　　　　参加費振込日（予定）：　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 役職 |
| １ |  | 　 |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |
| 参加費合計　　　　　　名×3,000円＝　　　　　　　円 |

　**《申込期限：平成28年10月7日（金）》 ※期限厳守でお願いいたします。**

**◆講師への質問がございましたら、下記に御記入ください。**

|  |
| --- |
|  |

**【参加申込先（FAX送信先）】**沖縄県社会福祉協議会・施設団体福祉部（担当：上江洲）

〒903-8603　沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1

Tel：098-887-2000　Fax：098-887-2024

　　　　（※鏡文は不要です）