

疑似体験事業申込書

令和 年 月 日

熊本県身体障がい者福祉センター 行

(FAX 096-383-6535)

| | |
|--------------------------------|--|
| 団体名 | |
| 担当者名 | [職名:] 氏名: |
| 連絡先 | TEL: () /FAX: () |
| 希望日時 | 令和 年 月 日() [時間 : ~ :] |
| 希望場所 | |
| 研修人員 | |
| 研修内容 希望する研修内容に ○をつけてください | <p>① 車いす体験</p> <p>② 視覚障がい者体験</p> <p>③ 高齢者体験</p> <p>※ その他に希望があればお書き下さい。</p> |

※故意または過失により備品を破損された場合は弁償していただきます。

※日程などについては、事前に調整をいたします。

※この申込書をFAXにて提出してください。