

F A X 送 信 票

平成 29 年 10 月 7 日 (土) 障がい者地域医療ネットワーク推進事業実施連絡会研修会 参加申込書

FAX 番号 06-6944-2237

大阪府障がい者地域医療ネットワーク推進事業実施連絡会事務局あて
(大阪府福祉部障がい福祉室地域生活支援課あて)

所属			
----	--	--	--

氏名		職種		参加希望 (当てはまるものに☑)	<input type="checkbox"/> 午前の部 <input type="checkbox"/> 午後の部 <input type="checkbox"/> 終日
連絡先	TEL:			E-mail	
	FAX:				

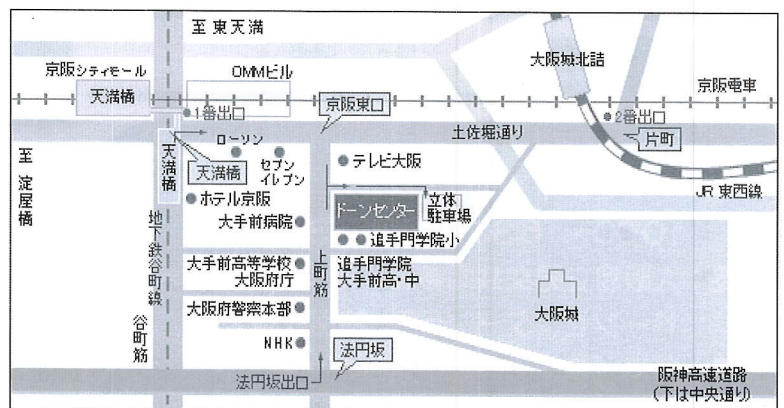
氏名		職種		参加希望 (当てはまるものに☑)	<input type="checkbox"/> 午前の部 <input type="checkbox"/> 午後の部 <input type="checkbox"/> 終日
連絡先	TEL:			E-mail	
	FAX:				

氏名		職種		参加希望 (当てはまるものに☑)	<input type="checkbox"/> 午前の部 <input type="checkbox"/> 午後の部 <input type="checkbox"/> 終日
連絡先	TEL:			E-mail	
	FAX:				

会場のご案内

大阪府立男女共同参画・青少年センター
ドーンセンター 5F 特別会議室
(最寄駅)

- 京阪「天満橋」駅、地下鉄谷町線「天満橋」駅
1 番出入口から東へ約 350m。
- JR 東西線「大阪城北詰」駅
2 番出口より土佐堀通り沿いに西へ約 550m



【注意事項】

- ◆ 研修当日に、午前の部においては午前 8 時の時点で、
午後の部においては午前 11 時の時点で、 } 大阪府全域に「特別警報」、「暴風警報」が発令中の場合、中止とします。
- ◆ 中止の場合、別途開催が可能となった場合は後日ご案内します。
- ◆ 今回提供いただく個人情報は本研修会に必要な事務運営にのみ使用し、他の目的で使用しません。

上記、参加申込書に記入のうえ、

FAX 番号 06-6944-2237 へ送信してください