

下記の参加申込書に御記入の上、次のいずれかの方法で送付してください。

FAX : 0166-38-1002
郵送 : 〒078-8391 旭川市宮前1条3丁目3-7 おぴった内
北海道発達障害者支援道北地域センターきたのまち 高野 宛
E-mail : kitanomachi@circus.ocn.ne.jp

※いずれの場合も、添書・送付書等不要です。

※申込書に記載の内容は、当該10周年記念企画以外で使用することはありません。

※申込受付後は、事務局からは連絡いたしません。定員を超えて申込みをお断りする場合のみ連絡いたします。

※ただし、お申込みの内容が確認できない(ファクシミリの不調で正しく受信できないなど)場合には、連絡させていただきますので、連絡先の御記入をお願いします。

※E-mailでお申込みの際は、件名等を「10周年記念企画申込み」としてください。

平成27年度 北海道発達障害者支援道北地域センターきたのまち 「きたのまちの将来にむけて～これからの10年」 参 加 申 込 書

開催日時：平成27年10月17日(土) 09:50～16:30

開催場所：旭川大学・旭川大学短期大学部 教室251（旭川市永山3条23丁目1番9号）

申込締切：平成27年10月2日（金）

フリガナ お名前	所 属 ・ 職 業 等 (該当する項目を○で囲み、教育、福祉関係の方はよろしければ所属、職業等を記載してください)	ご住所 (市区町村名のみ)	備 考
	発達障がい支援関係者 <input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 労働 <input type="checkbox"/> その他	・一般	・車椅子 <input type="checkbox"/> 手話通訳 ・その他 ()
	発達障がい支援関係者 <input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 労働 <input type="checkbox"/> その他	・一般	・車椅子 <input type="checkbox"/> 手話通訳 ・その他 ()
	発達障がい支援関係者 <input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 労働 <input type="checkbox"/> その他	・一般	・車椅子 <input type="checkbox"/> 手話通訳 ・その他 ()
	発達障がい支援関係者 <input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 労働 <input type="checkbox"/> その他	・一般	・車椅子 <input type="checkbox"/> 手話通訳 ・その他 ()

連絡先（代表の方）

お名前

TEL

FAXの場合、こちら側から送信してください。

