

「高次脳機能障がい」の理解のための出前講座申込書

令和 年 月 日

宮崎県身体障害者相談センター 行
(FAX 0985-31-3553)

申込団体名 _____

代表者名 _____

連絡先	担当者	
	電話番号	
	E-mail	打ち合わせ等でE-mailの利用が可能な場合はメールアドレスをご記入ください

派遣希望日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
会場名	
会場所在地	
参加人数	
開催方法 (いずれかに☑)	☐ 出前講座 (対面) ☐ オンライン (Microsoft Teams) ☐ 動画視聴による講座 ※ご不明な点ございましたら 0985-29-2556 までお問い合わせください

* 会議や研修等の行事の中で実施する場合は、行事名、行事概要を記載してください。

行事名	
行事概要	