

《みんなの声かけ運動 秋の1日福祉体験 申込書》

～このイベントは、みんなの声かけ運動 推進員地域会議として開催していますが、
推進員でない方も参加していただけます～

→FAX 078-242-4260

令和 年 月 日

兵庫県身体障害者福祉協会 宛

(フリガナ) 氏名	()
住所	〒
必要な配慮 など	(車いす使用者や情報保障などの必要な方はご記入ください)
電話/FAX	
みんなの声かけ運動推進員に ご登録されていますか？	・はい(推進員番号) ・いいえ

2 参加費 無料

3 申込方法 上記フォームにご記入の上、郵送又はFAX、電話等でお申込み下さい。

4 申込期限 令和5年10月27日(金)
※会場の都合により定員25名、先着順とさせていただきます。

5 その他 どなたでも参加できます。
定員を超えて、ご参加いただけない場合にのみご連絡いたします。
駐車場の確保ができませんので可能な限り公共交通機関でお越しください。
(近隣に有料駐車場はあります)
当日の交通費は自己負担にてお願いいたします。
当日は声かけ運動推進員証をご持参ください。(持参がなくても受講は可能です。)



お問い合わせ
公益財団法人 兵庫県身体障害者福祉協会
〒651-0062 神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉センター内
TEL 078-242-4620 FAX 078-242-4260
Mail koekake@hyoshinkyō.jp