



2024年10月15日(火)

申込締切

# 知的障害者交流会

～レクリエーション交流会～

参加申込書 (FAX 申込)

参加者名： \_\_\_\_\_ 様 年齢 \_\_\_\_\_

ご住所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

※付添いが必要な方は下記もご記入ください

付添者名： \_\_\_\_\_ 様 年齢 \_\_\_\_\_

ご住所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

※付添いの方は当日に連絡がとれる番号をご記入ください。

F A X 送付先：昭島市社会福祉協議会 (042-543-0003)