



# FAX：03-5722-6849

## 「障害者参加型防災訓練」 参加申込書

参加区分	個人 ／ 施設・事業所 (施設・事業所名称) .....
申込者（担当者） 情報	(ふりがな) お名前 ..... 電話 ..... FAX .....
当日の参加人数	(参加者・家族・介助人・利用者・施設職員等の合計人数) 人 .....
参加希望日	12月19日（金）／12月20日（土）
希望受付時間	(第1希望) 10時／10時45分
	(第2希望) 10時／10時45分
保育希望	未就学児（6か月～2歳未満対象・若干名）の保育を希望するかたは、 ご記入ください。  お子様のお名前（ふりがな） ..... 年齢 ..... 1 ..... 歳 ..... か月 ..... 2 ..... 歳 ..... か月 .....
特に配慮すべき事項 がありましたら、 ご記入ください。	(例：手話通訳が必要等)

【会場】スマイルプラザ中央町(目黒区中央町2-32-5)