



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)