

(添書不要)

送信先 福島県相双保健福祉事務所 障がい者支援チーム 大槻 宛て
FAX 0244-26-1139

令和5年 月 日

申込者氏名_____

電話番号_____

所属機関_____

ひきこもり家族教室 「一般公開講座 申込書」

所属	氏名	市町村名
保健、医療、福祉、教育、一般住民、家族 その他（ ）		
保健、医療、福祉、教育、一般住民、家族 その他（ ）		
保健、医療、福祉、教育、一般住民、家族 その他（ ）		

※困っていること、講師への質問等がありましたらお願いいたします。