

年 月 日

令和8年度障がい者の権利擁護に係る出前講座申込書

事業所・団体名			
住所	〒		
連絡先等	担当者名（所属職）		
	電話番号		
	FAX番号		
	E-mail		
希望日時	第1希望	年 月 日 時 分～ 時 分	
	第2希望	年 月 日 時 分～ 時 分	
講座形式	☐ 現地対応 ☐ オンライン		
会場			
参加人数(予定)	名程度		
その他	(御意見や御要望があれば記載してください。)		

【送付先】

岩手県保健福祉部障がい保健福祉課 障がい福祉担当あて

FAX 019-629-5454

メール AD0006@pref.iwate.jp