

別添様式

京都府健康福祉部障害者支援課 認定・精神担当 行

FAX : 075-414-4597 (TEL:075-414-4732)

E-Mail : shogaishien@pref.kyoto.lg.jp

第31回 京都府高次脳機能障害（南部）支援ネットワーク会議

参加申込書（令和元年6月21日開催分）

会場：京都府山城北保健所（宇治総合庁舎）大会議室

所属名： _____

(連絡先電話： _____)

所属部課名	職 種	ふりがな 氏 名	備 考

あらかじめ質問、確認したい事項等があれば御記入ください。

・ 申込期日：令和元年6月14日（金）までに申込みください。

・ お申込み受付完了の連絡は行いません。

会場の都合等によりご参加いただけない場合にのみ連絡させていただきます。
連絡がない場合はそのままご参加ください。

※ 第2部のみの参加も可能です。その際は申込み用紙備考欄にその旨ご記載ください。