

『感動ポルノのヒカリとヤミ』 参加申込書



自立生活センタースリーピース セミナー係
FAX : 075-275-8736

ふりがな				年 齢	性 別
お名前				歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ご住所 または ご所属先名 ご所属先所在地	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> 所属先	ご所属先名		
	〒				
電話 / FAX	電 話		F A X		
メールアドレス	@				
希望する連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> ファックス	<input type="checkbox"/> メール		
障がいの種別	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 言語障がい <input type="checkbox"/> 発達障がい <input type="checkbox"/> 内部障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> 知的障がい				
障がい名					
利用している 福祉用具	<input type="checkbox"/> 車イス（電動 ・ 手動） <input type="checkbox"/> 杖（白杖 ・ クラッチ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
介助者の有無	<input type="checkbox"/> 介助者と一緒にくる（介助者数： 人） <input type="checkbox"/> ひとりで参加する				
必要な配慮					
今回のセミナーで 聞いてみたいこと					

申込み締め切り：平成 29 年 1 1 月 1 7 日（金）

- 会場には駐車場がございません。お越しいただく際は公共交通機関をご利用ください
- 介助の方とお越しになる場合は、「介助者の有無」の欄にチェックとその人数をご記入ください
- 配慮が必要な方は「必要な配慮」の欄にその内容をご記入ください
- ご記入いただいた内容をもとに、今後セミナーの案内を送付させていただく場合がございますが、それ以外の目的では一切使用いたしません
- ご不明な点等ございましたら、下記のお問い合わせ先までご連絡ください

お問い合わせ先 受付時間：平日 10:00-17:00
 北本（キタモト）TEL 075-751-2711

自立生活センタースリーピース
 〒606-8365
 京都市左京区新富小路通仁王門下る讃州寺町 223 ルシエル三条大橋 106
 TEL:075-751-2711/FAX:075-275-8736

障害のある人の社会的地位を取り戻す研究会 後援会

株式会社サクセスフルエイジング 株式会社 和 株式会社 huru
 京都西陣 石川石材 株式会社 悠愛 オアシス株式会社
 株式会社クローバー ほっと株式会社 株式会社こみつ
 株式会社トーヨーケアセンター大阪

NPO法人スリーピース / 株式会社アドナース / グリーンライフ株式会社

（順不同）