２０２４年度 障がいのある人の健康増進事業

おりづる巡回相談 申込用紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申　込　日** | **年　　　月　　　日（　　　）** | |
| **申　込　者** | **施設名** |  |
| **氏名** |  |
| **連絡先** |  |
| **相談内容　（複数名の相談対象者でお申し込みください）**  **希望される日程など** | | |

**※ＦＡＸ送信された場合は，送信後確認の電話をお願いいたします。**

メール oridsuru@hiroshima-wsc.jp

**ＦＡＸ ０８２－４２５－６７８９**