



令和6年度 障害者差別解消法に関する講演会

申込み用紙

大和市 障がい福祉課 行

FAX：046-262-0999

送信票は不要です

※必要事項をご記入の上、**12月6日（金）までに**、FAX または障がい福祉課の窓口にお持ちください。参加費はかかりません。

※お電話による申込みの場合は、参加される方の氏名・住所（所属）・連絡先（電話番号）をお知らせください。対象は、市内在住・在勤・在学・在活動者の方です。小学生以下のおさんは保護者の方同伴をお願いいたします。

★お送りいただいた個人情報、緊急時や定員を超えた場合の連絡先として使用します。
こちらから連絡がない場合は、ご参加いただけます。

氏 名	住 所（所 属）	連絡先（電話番号）

申込み先： 大和市障がい福祉課

〒242-8601 大和市鶴間 1-31-7

大和市保健福祉センター 5 階

☎ 046-260-5665 FAX 046-262-0999

駐車場の台数には限りがあります。なるべく公共交通機関のご利用をお願いします。