

令和5年9月17日（日）開催

第64回大阪知的障がい者福祉大会(高槻大会) 参加申込書

支部名		代表者名	
申込責任者		連絡先 担当者名	
担当者 連絡先	〒		
	TEL		FAX
	メールアドレス	あれば記載	
参加項目		人数・個数	単価
本大会	参加者(本大会)	名	1,000円
ト ー ク 本 人 大 会	参加者(本人トーク)	名	1,000円
フ エ ス タ 本 人 大 会	参加者(本人フェスタ)	名	1,000円
参加者合計		名	合計金額
特記事項			

注①☑参加費は団体で一括して、下記のいずれかの口座にお振込みください。

振込先①	りそな銀行 上六支店 当座 1272469
振込先②	郵便振替 00900-0-8647
口座名義(2つとも)	社会福祉法人大阪手をつなぐ育成会

注②☑別紙参加申込書(様式2、3)も同時にご送付下さい。

注③☑申し込み後の取り消しについては、参加費の返金はいたしません。

※本参加申込書に記載された個人情報については、大阪手をつなぐ育成会のプライバシーポリシーに従って、当大会の実施に関して使用するもので、その他の目的には使用いたしません。

令和5年9月17日（日）開催

第64回大阪知的障がい者福祉大会(高槻大会) 参加申込書

支部名		代表者名			連絡先	
No.	氏名	参加者・参加希望項目に○をつけてください。			参加者区分	備考
		本大会	トーク	フェスタ		
1					本人・家族・介護者・支援者・その他	
2					本人・家族・介護者・支援者・その他	
3					本人・家族・介護者・支援者・その他	
4					本人・家族・介護者・支援者・その他	
5					本人・家族・介護者・支援者・その他	
6					本人・家族・介護者・支援者・その他	
7					本人・家族・介護者・支援者・その他	
8					本人・家族・介護者・支援者・その他	
9					本人・家族・介護者・支援者・その他	
10					本人・家族・介護者・支援者・その他	
11					本人・家族・介護者・支援者・その他	
12					本人・家族・介護者・支援者・その他	
13					本人・家族・介護者・支援者・その他	
14					本人・家族・介護者・支援者・その他	
15					本人・家族・介護者・支援者・その他	

※参加者名簿が足りない場合はコピーしてご使用ください。

※本参加申込書に記載された個人情報については、大阪手をつなぐ育成会のプライバシーポリシーに従って、当大会の実施に関して使用するもので、その他の目的には使用いたしません。