FAX　06－6993－9647

守口市障害者理解促進事業　申込書

太線内をご記入ください。

申込者	住所	〒		
	団体名			
	代表者名			
	担当者名			
	電話		FAX	
日時	年　月　日　曜日	午前 午後	時　分　～　時　分	
申込内容	【目的】			
	【内容】該当内容に○印をおつけください。他内容ご希望の場合は、ご記入ください。 〔　車いす体験　・　アイマスク体験　・　高齢者疑似体験　〕			
	【その他】進行等のご希望がございましたらご記入ください。			
	【対象者層】			
	【人数】　人	学校の場合	クラス　名	
	【希望物品】 車いす（　　）台、アイマスク（　　）枚、高齢者疑似体験セット（　　）セット			
実施場所	行き先			
	利用交通機関〔　　〕最寄駅〔　　〕徒歩　分			
	住所		電話	
	待ち合わせ場所（○○会館○号室など具体的にご記入ください）			
	待ち合わせ時間	午前　・　午後　時　分	待ち合わせ貴名	

事業担当処理欄　（※ここは記入しないでください）		
電話　FAX　メール　来館　郵便　他	調整月日	取消月日
受付月日	調整者名	取消貴名
受付者	講師依頼郵送日	
	実施決定文郵送日	

守口障害者生活支援事業所みみ

〒570-0081
守口市日吉町 1-2-12
守口市障害者・高齢者交流会館４階
電話 06-6993-9640　FAX　06-6993-9647
E-mail　mimimori@gaea.ocn.ne.jp