**福祉をかえる「アート化」セミナー＠愛媛**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **参加希望プログラム**※☑印をつけてください。   * １日目（10月5日13：30～17：00）　□　２日目（10月6日10：00～15：30） | | |
| **お名前（ふりがな）** | | |
| **所属先・活動内容等** | | |
| **ご住所（ご自宅以外の方は団体名も記入してください）**  〒　　－ | | |
| **ＴＥＬ** | **ＦＡＸ** | **Ｅ－ｍａｉｌ** |
| **障がいに関わるサポートの有無（セミナー参加において必要なサポートがあればお知らせください。）** | | |
| * **10月5日（水）の交流会に参加を希望しますので、NPO法人エイブル・アート・ジャパンへの**   **参加申し込みフォームの情報共有を許可します。**  ※☑印をつけてください。 | | |

**参加申し込みフォーム**

・電話、FAX、E-Mailで以上の内容をお知らせください。

【提出先】

愛媛県保健福祉部生きがい推進局障がい福祉課　障がい支援係

TEL：089-912-2424

FAX ：089-931-8187

E-mail：syougaihukus@pref.ehime.jp