

障がい者就労なんでも相談 申込用紙

次の必要事項を記入し、返子市障がい福祉課までご送付ください。

ふりがな			
氏名			
住所	〒		
TEL		FAX	
メールアドレス			
日時	<p style="text-align: center;">令和8年1月22日（木）</p> <p style="text-align: center;">① 9：30～10：20 ②10：30～11：20 ③11：30～12：20</p> <p style="text-align: center;">④13：30～14：20 ⑤14：30～15：20 ⑥15：30～16：20</p> <p style="text-align: center;">※第一希望と第二希望に希望時間をご記入ください。</p>		
希望時間	<div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">第一希望：</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">第二希望：</div>		
来訪予定人数			

（事務担当）

障がい福祉係 岡本・鈴木

T E L：046-873-1111（内線 224）

F A X：046-873-4520

メー ル：syohuku@city.zushi.lg.jp