

# シーティング研修会 申込書



宛先：沖縄県肢体不自由児者父母の会連合会

▼ FAX 番号 098-851-3336 ▼

uketsuke@okishiren.org 申込〆切10月8日(火)まで



Web申込フォーム

以下の各項目についてご記入いただき、FAX または E メール・Web申込フォームでお申込みください。  
ご家族など複数名にてお申込みの方は、参加される方全員のお名前をご記入ください。

※障がい児者当事者1家族 参加費 1,000 円 (資料含む)

★申込日 2024年 月 日

参加希望日 (〇をつけてください)	10月19日(土)13:00~17:00 / 10月20日(日)9:00~12:00
参加者氏名 (代表者)	
勤務先・所属先/個人	
職種・役職等	
住所 (自宅/勤務先)	
電話番号 (自宅/勤務先)	
FAX 番号 (自宅/勤務先)	
E メール (自宅/勤務先)	
申し込み区分	障害児者本人 / 家族 / 医師,PT,OT,ST/その他 ( )
シーティング相談・体験	希望する / 希望しない ※体験は土曜日のみになります (先着順で定員になり次第締め切らせていただきます)
参加者氏名 ※参加者全員の氏名をご記入ください	
研修会でお聞きになりたいことが ありましたらご記入ください	
シーティング相談・体験を希望される方は 年齢・障害・程度とシーティングで改善 したい問題をご記入ください※1 ※2	

※1 シーティング相談・体験を受ける方は前提として講演をお聴きください。

※2 シーティング相談・体験を希望される方には事務局より連絡させていただくことがあります。

参加人数

- お申込みは FAX または E メール・Web 申込フォームをお願いします。
- FAX でお申込みの方は、本申込書に必要事項をご記入の上、上記 FAX 番号に送信してください。
- E メールでお申込みの方は、E メール本文にこの申込書を PDF 形式で添付のうえ、uketsuke@okishiren.org 宛に送信ください。