【返信先】FAX：０７５－３６６－６６２８

**（送付状は不要です）**

京都知的障害者福祉施設協議会

2017年度総会

（2017年4月25日（火）於：京都社会福祉会館）

（○印をお願いします）

1．出席する

事業所名

　　出席者名

2．欠席する

**・ご欠席の場合は、下記委任状に署名をお願いします。**

|  |
| --- |
| 委　　任　　状私は、総会議長に議決権を委任します。2017年　　月　　日事業所名　　　　　　　　　　　　　　　会員名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

**2017年4月18日（火）必着**