

2023年度  
第58回 近畿地区知的障害関係施設職員研修会

参加申込書

① 下表にご記入いただき京都知的障害者福祉施設協議会までFAX送信下さい。

FAX送信先 **075-366-6628**

② 参加費として 1人 10,000 円×人数分 をお振り込み下さい。

振込人の名義を下の申込欄にご記入下さい。

振込先：京都中央信用金庫 木津支店 普通 0261056

名 義：近畿地区知的障害者施設協会

※領収書は発行しませんので、振込票でご対応下さい。

③ ご不明な点がございましたら下記のお問い合わせまでご連絡下さい。

京都知的障害者福祉施設協議会 京都市南区東九条下殿田町 24

電話 075-366-6699 FAX 075-366-6628

F A X 送 信 票

FAX 075-366-6628

事業所	参加者氏名	希望の分科会 (番号に○印)
住 所	1	1・2・3
事業所名	2	1・2・3
担当者名	3	1・2・3
電話番号	4	1・2・3
FAX 番号	5	1・2・3

10,000 円 ×  人 =  円

振込日 月 日

振込人名義

9月15日までにお手続きをお願いいたします。