

**F A X 送 信 票**  
**鹿児島県知的障害者福祉協会 事務局行き**  
**FAX099-250-9358**

令和2年 月 日

施設・事業所名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

○全体研修会・各部会の出欠について

◆出席

氏 名	職 名	各部会名	
		1.児童発達支援部会 3.日中活動支援部会 5.地域支援部会	2.障害者支援部会 4.生産活動・就労支援部会 6.相談支援部会
		1.児童発達支援部会 3.日中活動支援部会 5.地域支援部会	2.障害者支援部会 4.生産活動・就労支援部会 6.相談支援部会
		1.児童発達支援部会 3.日中活動支援部会 5.地域支援部会	2.障害者支援部会 4.生産活動・就労支援部会 6.相談支援部会
		1.児童発達支援部会 3.日中活動支援部会 5.地域支援部会	2.障害者支援部会 4.生産活動・就労支援部会 6.相談支援部会

※必要事項をご記入の上、参加部会名に○印をお付けください。

◆欠席

★出席の方は氏名等にご記入を、欠席の方もお手数ですが必ずお知らせ下さい。

提出期限

令和2年2月25日（火）