|  |
| --- |
| **鹿児島県知的障害者福祉協会事務局行き・FAX 099-250-9358** |

令和３年　　　月　　　日

鹿児島県知的障害者福祉協会

さくらじま知的障害児者生活サポート協会

会長　水流　純大　様

施設名

担当者

連絡先

**「WAQ×WAQ Square 2021」オリエンテーション参加について**

1. **参加希望する　【　会　場　・　　オンライン　（E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

　　　　　　　　　　　　　**※○印をお願いします。オンラインの場合は必ずアドレスをご記入ください。）**

|  |  |
| --- | --- |
| **参加者氏名** |  |
|  |

【希望すると回答された施設の方へのアンケート】

　　※セミナー・ワークショップに何を望んでいるのか？

・販路開拓（広報・WEB活用）

　　　・ブランディング

　　　・新商品開発（コラボレーション）

　　　・商品の見せ方（写真撮影、キャッチコピー等）

　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**２．希望しない**

※○印をご記入の上、必要事項をご記入ください。

　　**※提出期限　　令和３年４月５日（月）　　　期日厳守**