|  |
| --- |
| **鹿児島県知的障害者福祉協会・事務局行き　FAX　099-250-9358**  **e-mail　jimu@kagoshima-aid.net** |

**-　第４０回「新成人を祝う会」新成人該当者及び出席者調査票　-**

**施設・事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載責任者**

**◆新成人該当者（平成１４年４月２日～平成１５年４月１日までの出生者）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ふ　　り　　が　　な** | **性　別** | **生　年　月　日** | **当日出席予定** |
| **氏　　　名** |
| **１** |  | **男・女** | **平成　　年　　月　　日** |  |
|  |
| **２** |  | **男・女** | **平成　　年　　月　　日** |  |
|  |
| **３** |  | **男・女** | **平成　　年　　月　　日** |  |
|  |
| **４** |  | **男・女** | **平成　　年　　月　　日** |  |
|  |
| **５** |  | **男・女** | **平成　　年　　月　　日** |  |
|  |
| **６** |  | **男・女** | **平成　　年　　月　　日** |  |
|  |
| **７** |  | **男・女** | **平成　　年　　月　　日** |  |
|  |

**◆該当者なし（該当者のいらっしゃらない場合も必ずご連絡下さい。）**

**☆新成人を祝う会出席者予定人数**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **職　員** | **名** | **保護者** | **名** |

**※該当者の有無・出席予定者人数を、１１月１４日（月）までにFAXにてお知らせ下さい。**