

# F A X 送信書

秋田県健康福祉部 障害福祉課 調整・障害福祉班 あて

F A X 番号 0 1 8 - 8 6 0 - 3 8 6 6

平成26年度  
高次脳機能障害及びその関連障害に対する  
支援普及事業支援担当職員研修会

## 参加申込書・質問等

所属機関名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

【参加者】※参加会場に○をしてください。

N o	職 名	氏 名	参加会場
1			県北・中央・県南
2			県北・中央・県南
3			県北・中央・県南

【質問等】(研修会に欠席の場合でもお寄せください。)

(質問・意見等の内容)

【提出期限】

- ・県北及び中央地区への参加申込み及び質問等は7月23日(水)まで、
- ・県南地区は7月30日(水)まで、提出してください。