

秋田県健康福祉部障害福祉課 宛て

E-mail:Shoufuku@pref.akita.lg.jp

令和6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

所属機関名

電話番号

【申込期限】 令和6年8月9日(金)

【**現地** 参加者】 以下にご入力をお願いします。

事前資料や御案内の送付先となります。
最低1つ以上、メールアドレスの入力をお願いします。

職名	氏名	メールアドレス	備考

【**オンライン** 参加者】 以下にご入力をお願いします。

事前資料や御案内の送付先となります。
最低1つ以上、メールアドレスの入力をお願いします。

職名	氏名	メールアドレス	備考