＜別紙＞

送信先　　奄美地区障がい者等基幹相談支援センター行き

FAX　０９９７－６９－４０６２　　　（送信票不要）

平成27年度　奄美地区地域自立支援協議会　研修会

＜出席者＞

所属名

連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　職　名 | 　　　　　　　氏　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

○障がい者支援に関して質問がありましたら、ご記入下さい。

＊お忙しいところ申しわけありませんが、９月２５日（金）までにご送信下さい。