花の寄せ植え
教室

参加申込書

氏名（フリガナ）	
住所	〒
電話	
携帯電話	当日連絡が取れる番号をご記入ください
メール	
障害の有無	有（障害名:　　）　無
その他、配慮事項等	

記入いただいた個人情報については、目的以外に使用しません。但し、教室開催以降、新型コロナウイルス感染症またはその疑いのある場合は、必要な範囲で保健所等に提供することがあります。

《申込先》
山口県障害者社会参加推進センター
〒73-53-0072　山口市大手町 9-6　山口県社会福祉会館内
ＦＡＸ：083-928-5436
メール：webmaster@syogai-yamaguchi35.jp