

栃木県高次脳機能障害ピアサポーター派遣申込書

年 月 日

栃木県障害者総合相談所長 様

申請者
機関・団体名
代表者名

栃木県高次脳機能障害ピアサポーターの派遣について、下記のとおり申込みます。

記

希望開催日時	年 月 日 (曜日)	
実施会場	(所在地)	
行事や催しの概要・趣旨等		
参加予定人数	名	
参加者の立場等 (該当に○、複数可)	親 配偶者 子 そのほか	
担当者	所 属	
	氏 名	
	連絡先 (TEL番号)	
	連絡先 (メールアドレス)	
その他 参考事項等		