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（℡番号） |  |
| 連絡先（ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ） |  |
| その他参考事項等 |  |