改正障害者差別解消法説明会　参加申込書

申込〆切　令和６年３月12日（火）

送付先　行田市福祉課障がい福祉グループ

FAX番号 ０４８－５５４－６７０１

　　　　　　メールアドレス　[fukusi@city.gyoda.lg.jp](mailto:fukusi@city.gyoda.lg.jp)

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名・店舗名・団体名 |  |
| 業種等（例：小売業） |  |
| 参加予定人数 |  |
| 申込ご担当者名 |  |
| ご連絡先 |  |
| 参加者氏名① |  |
| 参加者氏名② |  |
| 備　　考  ※手話通訳が必要な場合はこちらにご記入ください |  |

※参加者氏名欄が不足する場合は、追加または、備考欄にご記入ください。

※参加申し込み締切後は、当日直接会場にお越しください。