

年 月 日

島田療育センター
木実谷 哲史院長殿

機関名.....

住 所.....

電話番号.....

ファクシミリ番号.....

代表者氏名..... 公印.....

担当者・連絡先.....

スヌーズレンの依頼について

標記の件について下記内容で実施をお願いいたします。

実施事業名	<ul style="list-style-type: none">・ スヌーズレン体験・ スヌーズレン室の利用・ スヌーズレン講習会（島田療育センター内にて） いずれかに○をつけてください。
希望日時	第1希望 年 月 日（ ） 時～ 時 第2希望 年 月 日（ ） 時～ 時 第3希望 年 月 日（ ） 時～ 時
目的	
参加者氏名	お申込み時点で決定している方についてご記入お願いいたします。未定であれば人数をご記入ください。
承諾確認 (センター記入欄)	年 月 日（ ） 時からお受けします。 5分前に事務局受付にお出てください。

FAX 送信先 **042-374-2089** / 問い合わせ 042-374-2101 (支援部)