|  |
| --- |
| **受 講 票**  **令和元年度　「認知症 × 発達障害」セミナー**  令和２年３月４日（水）    **【施設・事業所所在地またはお住まい】　　　　　　　　　市　　町　　村**  **＊参加者１名につき１枚必要です。切り取ってお持ちください。**  **【所属】1高齢者施設　　2障害者施設　　3社会福祉協議会　　4医療機関**  **5行政機関　　　6民生委員　　　7一般　　　　　　　8その他（　　　　）**  ※○で囲んで下さい。    **【参加者氏名】**  ※受付がお済みになりましたら、前から詰めてご着席ください。  　　　　※受講票と資料を交換とさせていただきます。    社会福祉法人　埼玉県社会福祉協議会　研修開発部　福祉研修課 |
| **受 講 票**  **令和元年度　「認知症 × 発達障害」セミナー**  令和２年３月４日（水）    **【施設・事業所所在地またはお住まい】　　　　　　　　　市　　町　　村**  **＊参加者１名につき１枚必要です。切り取ってお持ちください。**  **【所属】1高齢者施設　　2障害者施設　　3社会福祉協議会　　4医療機関**  **5行政機関　　　6民生委員　　　7一般　　　　　　　8その他（　　　　）**  ※○で囲んで下さい。    **【参加者氏名】**  ※受付がお済みになりましたら、前から詰めてご着席ください。  　　　　※受講票と資料を交換とさせていただきます。    社会福祉法人　埼玉県社会福祉協議会　研修開発部　福祉研修課 |
| **受 講 票**  **令和元年度　「認知症 × 発達障害」セミナー**  令和２年３月４日（水）    **【施設・事業所所在地またはお住まい】　　　　　　　　　市　　町　　村**  **＊参加者１名につき１枚必要です。切り取ってお持ちください。**  **【所属】1高齢者施設　　2障害者施設　　3社会福祉協議会　　4医療機関**  **5行政機関　　　6民生委員　　　7一般　　　　　　　8その他（　　　　）**  ※○で囲んで下さい。    **【参加者氏名】**  ※受付がお済みになりましたら、前から詰めてご着席ください。  　　　　※受講票と資料を交換とさせていただきます。  社会福祉法人　埼玉県社会福祉協議会　研修開発部　福祉研修課 |