

# FAX申込書

あて先：011-232-4068【送信票等は不要です。】

北海道保健福祉部福祉局障がい者保健福祉課地域支援係 岡本行

「障害者差別解消法 道民フォーラム With Online」に次のとおり申し込みます。

参加方法（どちらかに○）	会 場 ・ オンライン
しめい 氏名	
郵便番号	
住所（市町村まで）	
電話番号	
ファックス番号	
メールアドレス（オンライン参加の方は必須です）	
所属（個人でお申し込みの方は不要です）	
必要な配慮（当てはまるものに○をつけてください。）	車いす利用 介助者同行 手話通訳 要約筆記 点字の資料 ルビ付きの資料 三色カード その他（ ）
障がいのある方との関係（当てはまるものに○をつけてください。）	本人 親・きょうだい・親族 友人・知人 支援者（福祉関係者、団体スタッフ、ヘルパーなど） 教員（私立・公立） 公務員（教員を除く） 民間企業（私立学校の教員を除く） 法曹関係者 地域づくり推進員・地域づくり委員会委員（現職・元職） その他
通信欄	