＜別紙＞

送信先　　奄美地区障がい者等基幹相談支援センター行き

FAX　０９９７‐６９‐４０６２（送信票不要）

平成29年度奄美地区地域自立支援協議会　研修会

＜出席者＞

所属名

連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　職　名 | 　　　　　　　氏　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※「居住支援」に関して講師に質問してみたい！ということがありましたら、

ご記入下さい。講話の後にパネルディスカッションを予定しており、その中で

講師にお聞きしたいと思います。

＊お忙しいところ申しわけありませんが、１０月３日（火）までにご送信下さい。