申 込 書

8月23日（金）までにファクシミリ・電子メールにて問い合わせ先までお申し込みください。

所属・団体・企業名：

御担当者名：

連絡先：

職名	氏名	備考

問合せ先：鳥取県 福祉保健部 ささえあい福祉局 障がい福祉課 社会参加推進室
（電　話） 0857－26－7675
（ファクシミリ） 0857－26－8136
（電子メール） shougaifukushi@pref.tottori.lg.jp