

お申込み票

地域生活相談センター シヤル

tel04-7126-0015 fax04-7197-5190

✉shall@aobakai-js.or.jp

1. グループホームに暮らす方の生活

ご希望回に○を付けてください		第1回 第2回 第3回 第4回			
氏名		所属			
連絡先	Tel	メール			

2. 学齢期のデイサービス

ご希望回に○を付けてください		第1回（午前・午後） 第2回 第3回		
氏名		所属		
連絡先	Tel	メール		