

令和 年 月 日

石川県リハビリテーションセンター所長 様

学校名
学校長名

印

ジュニアコース受講申込書

標記について下記のとおり、申し込みます。

記

学校名		担当者	
連絡先	〒 TEL () FAX ()		
対象者	学年 年 人数 人 (クラス数 組) クラス毎の人数 ()		
参加教諭	名		
受講目的			
内容	<input type="checkbox"/> 高齢者疑似体験(高齢者の理解) <input type="checkbox"/> 車椅子体験(車椅子の理解) <input type="checkbox"/> バリアフリー体験住宅の見学体験 <input type="checkbox"/> その他		
備考			