令和　　年　　月　　日

岐阜県健康福祉部障害福祉課長　様

申請者　団 体 名

　代 表 者

所 在 地

電話番号

岐阜県ヘルプマークサポーター研修申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 日時 | 令和　　年　　月　　日　　　　時　　分　～　　時　　分 |
| 開催会場名 |  |
| 会場住所 | 〒 |
| 会合等の名称 |  |
| 会合等の趣旨 |  |
| 参加者の概要 |  |
| 参加者数 |  |
| その他特記事項 |  |