

文化・芸術担当 地域支援事業 申込書

令和 7年 月 日

埼玉県障害者交流センター 所長宛

施設・団体名

住所 〒 -

代表名

電話
FAX

標記の事業について、下記のとおり申込みいたします。

希望日時	第1希望	令和 年 月 日 ()	時 ~ 時		
	第2希望	令和 年 月 日 ()	時 ~ 時		
内 容	※いかが希望する内容に○をつけてください ①福祉機器展示【 】 ②創作活動【 】 •季節の工作・飾り物 •エコバッグ作り •うちわ作り •牛乳パック工作 •カード作り •みんなで壁面制作など •その他 ご相談に応じます				
	人 数	名	職員 名 合計 名		
対象者	障がい	①肢体 名	②知的 名	③視覚 名	④聴覚 名
		⑤言語 名	⑥内部 名	⑦精神 名	⑧その他 名
利用証	年 代	①10歳以下 名	②10~20代 名	③30~50代 名	④60代以上 名
	交流センター利用証	持っている 名	持っていない 名	申込 担当者名	カガナ
備 考	※上記のほか、ご要望等ありましたら遠慮なくご記入ください。				

【申込み方法】

希望予定日の3ヶ月前までに直接持参、郵送、FAX、メールにてお申込みください。

創作活動については、今後の自分達の活動に活かしていただける団体を対象としています。

内容によってはお受けできない場合もあります。

【お問い合わせ】

埼玉県障害者交流センター 文化・芸術担当（地域支援係）

〒330-8522 さいたま市浦和区大原3-10-1

TEL 048-834-2243 / FAX 048-834-3333

メール culture@kouryu.net

【留意事項】

本用紙に記載されている個人情報については、事業目的以外使用いたしません。