

～さいたま市高次脳機能障害者支援事業～

『**高次脳機能障害者支援**に関する**座談会**』

**申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属機関名 | 連絡先 | 氏名 | 職種 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※１２月１３日（金）までに土田、武田まで御返送ください。

ＴＥＬ：０４８－６４６－３１２９

ＦＡＸ：０４８－６４６－３１６３

Ｅ－ｍａｉｌ：syogaisha-kosei-sodan@city.saitama.lg.jp

