

参加申し込み書(FAX)

会社・団体名	
所属部署・役職名	
住所	
氏名 *	
氏名(かな) *	
連絡先(電話番号) *	
E-mail	
連絡事項・ご要望など	

*印は、必須項目です。

FAX 先：

NPO 法人 障害者 UP 大分プロジェクト 事務局 末廣 行き

FAX 番号：097-537-7760