

FAX : 0 2 9 - 2 4 4 - 4 4 6 3

令和 年 月 日

(一社) 茨城県福祉サービス振興会 行
(茨城県介護実習・普及センター)

【申込者】住 所
団体名

代表者名

福祉用具展示ホール 見学申込書

*見学のお時間は1時間ほどお取りいただければ十分ご覧いただけます。

見 学 日	令和 年 月 日 (曜日)			
見 学 時 間	時 分 ~ 時 分			
担 当 者 名		TEL		
		FAX		
見 学 者 人 数	名			
車いすのご利用	利用者持込	台	福祉会館 借用希望	台
見 学 の 目 的、 重点的に説明して ほしい内容等				
交 通 手 段	*バス、マイクロバスは駐車場確保の関係上具体的にお書きください。 <u>乗用車分の確保は出来かねますのでご了承ください。</u> バス 中型・大型 台 乗用車 台 マイクロバス 台 その他			

※【申込者】が事業(介護職員初任者研修、福祉住環境コーディネーター、その他授業・研修等)の一環として利用する場合は、説明者の手配をお願いします。

【申込先】茨城県水戸市千波町1918

(セキショウ・ウェルビーイング福祉会館2F)

(一社) 茨城県福祉サービス振興会 福祉用具展示ホール

TEL 029-244-4425 FAX 029-244-4463

E-mail iba-kaigo.2f@ab.wakwak.com