**第24回障害者文化展　国中地域展　会場見学予約票(FAX用)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **氏名**  **または団体名**  **(代表者名)** |  | |
| **電話番号**  **またはFAX番号** |  | |
| **希望人数** | **人** | |
| **会場見学の第一希望、第二希望を下記にご記入ください。** | | |
| ・令和3年9月23日(木)  　・令和3年9月24日(金)  　・令和3年9月25日(土)  　・令和3年9月26日(日)  　・令和3年9月27日(月)  ※正午まで | | ・10：00～11：00  ・11：00～12：00  ・12：00～13：00  ・13：00～14：00  ・14：00～15：00  ・15：00～16：00  ・16：00～17；00  ・17：00～18：00 |
| 第一希望　 (　　月　　日、　　：００～　　　：００)  第二希望　 (　　月　　日、　　：００～　　　：００) | | |
| **備考欄** |  | |

**予約申し込み期限　9月22日(水)　午後4時　まで**

**※9月23日(木)の予約は9月18日(土)午後4時まで**

FAX　０５５－２５１－３３４４　　山梨県障害者福祉協会　宛

事務局返信欄

※予約日が決まりましたらこちらから返信いたします。

【　　月　　日、　　：００　～　　：００】

で予約いたしました。当日お待ちしております。