**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。